



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

IARALYZ FERNANDES FARIAS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS IMIGRANTES BRASILEIROS
VIVENDO COM HIV/AIDS NO ESTUDO aMASE EM PORTUGAL: análise das
barreiras de acesso na perspectiva dos direitos humanos

Rio de Janeiro
2018

IARALYZ FERNANDES FARIAS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS IMIGRANTES BRASILEIROS
VIVENDO COM HIV/AIDS NO ESTUDO aMASE EM PORTUGAL: análise das
barreiras de acesso na perspectiva dos direitos humanos

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Estudos em
Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Miriam Ventura da Silva (IESC/UFRJ)

Coorientadora: Msc. Paula Cristina Coelho Ribeiro de Meireles (ISPUP/UPORTO)

Rio de Janeiro

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

IARALYZ FERNANDES FARIAS

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS IMIGRANTES BRASILEIROS
VIVENDO COM HIV/AIDS NO ESTUDO aMASE EM PORTUGAL: análise das
barreiras de acesso na perspectiva dos direitos humanos**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Estudos em
Saúde Coletiva da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau
de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: _____

Dra. Miriam Ventura da Silva
IESC/UFRJ

Dra. Amanda de Moura Souza
IESC/UFRJ

Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva
IESC/UFRJ

Aos meus amados pais e
irmão, Josemar, Iraína e Fabiano.

In Memoriam:

À querida amiga Bruna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por sempre agir de maneira tão bela e cuidadosa.

Aos meus pais, Josemar e Iraína, por todo amor, incentivo e compreensão, que sustenta o meu caminho e meus anseios. Minha eterna gratidão a vocês.

Ao meu irmão, Fabiano, pelos ensinamentos e momentos compartilhados e por sempre torcer por mim.

À minha madrinha Aline, pelo carinho, pelos conselhos e pelas conversas que sempre me encorajam ir além.

Aos meus Tios, Joelbert e Mônica, e à Rosa pelo incentivo em todas as atividades que me proponho a fazer.

Meus afilhados, Anna e Miguel, pela alegria que transmitem.

À Cátia, Adelaide, Bela, Fernando e Miguel, por terem proporcionado momentos felizes e memoráveis. Obrigada pelo carinho!

Ao Eduardo, pelo afeto, apoio, sugestões e partilha durante essa jornada.

À minha orientadora, Miriam Ventura, pela confiança, paciência e inspiração. Agradeço também pelos ensinamentos e reflexões mobilizadas ao longo do processo de elaboração deste trabalho, bem como durante toda a graduação.

À minha coorientadora, Paula Meireles, pela gentileza, disponibilidade e contribuição durante a mobilidade acadêmica e elaboração deste trabalho.

À equipe da coordenação do estudo *Advancing Migrant Access to Health Services in Europe*, em especial ao professor Henrique Barros, por permitirem o desenvolvimento deste trabalho. Ao Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto pelo acolhimento e bons momentos vivenciados.

À Adriana Kelly, pela oportunidade de desenvolvimento e aprendizados durante a iniciação científica. Agradeço também aos demais professores que, em outros momentos, me concederam chances de integrar outros estudos e projetos de extensão.

À Carla Pereira, pela delicadeza e disponibilidade de leitura e sugestões para este trabalho.

Aos amigos de turma e graduação, em especial Arioneide, Denise, Elaneide, Juliene, Narayani e Sandra, por terem compartilhado os momentos de alegria, preocupação, aprendizado e evolução ao longo do curso. À amiga Carol Mota pelo apoio e pela generosidade. Agradeço também aos demais amigos que sempre me incentivaram.

Ao corpo docente, técnico e equipe tercerizada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva pelo convívio e por construírem condições de estudo e desenvolvimento durante a graduação.

A complexidade, mutabilidade e multidimensionalidade da questão migratória demandam similar mobilidade por meio de e entre fronteiras disciplinares.

Carolina Moulin

RESUMO

FARIAS, Iaralyz Fernandes. **Acesso aos serviços de saúde e os imigrantes brasileiros vivendo com HIV/AIDS no estudo aMASE em Portugal**: análise das barreiras de acesso na perspectiva dos direitos humanos. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Imigração, saúde e a epidemia de HIV/AIDS são temas que vêm sendo tratados a algumas décadas na perspectiva da saúde global e os direitos humanos. Este estudo objetiva analisar as principais dimensões do acesso à saúde, com ênfase nas barreiras, dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV/AIDS em Portugal, participantes do estudo “*Advancing Migrant Access to Health Services in Europe*” (aMASE). O objeto da análise é o conjunto de dados referente aos imigrantes nascidos no Brasil, vivendo com HIV/AIDS, constituído de 67 participantes. O plano de análise dividiu-se em 3 momentos: 1) Identificação das variáveis de interesse do banco de dados do estudo para descrever a amostra e compor o quadro das dimensões do acesso à luz da perspectiva do Comentário Geral nº 14/2000 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas; 2) Descrição das características sócio-demográficas e comportamentais dos eventos/ condições favoráveis e desfavoráveis ao acesso, mediante análise univariadas e bivariadas; 3) Levantamento sistemático e revisão dos principais conceitos para subsidiar a análise e discussão dos resultados. Do total de 67 participantes 73,1% são homens, 22,4% são mulheres, 53,7% indicaram orientação homossexual. Todos os participantes encontravam-se em situação migratória regular. Identificou-se que 61,2% do total são trabalhadores em tempo integral ou parcial; 85,1% é residente na área metropolitana de Lisboa; 62,1% sempre utilizaram preservativo desde que foram diagnosticados. Dentre o total de participantes 44,8% mencionaram ter vivenciado pelo menos uma barreira no acesso aos serviços de saúde. A utilização das dimensões de acesso propostas pelo Comentário Geral indicou um esforço de ampliar o escopo de análise das barreiras no acesso aos serviços de saúde, de modo a valorizar os significados identificados. Nesse sentido, o prisma dos direitos humanos nos estudos e análises dos dados pode contribuir a explorar, de forma crítica, elos inter e multidisciplinares na Saúde Coletiva tanto no nível local /regional quanto na esfera global.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Migração humana. HIV/AIDS. Direitos humanos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quantificação dos documentos provenientes do levantamento bibliográfico e de indícios bibliográficos	40
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição sócio-demográfica dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015.....	44
Tabela 2 - Descrição comportamental e de ano de diagnóstico dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015	46
Tabela 3 - Distribuição das frequências das dificuldades referidas no acesso aos serviços de saúde e a utilização dos serviços de saúde, dois anos antes, no país de acolhimento, do diagnóstico da infecção pelo HIV, por imigrantes brasileiros participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015.....	48
Tabela 4 - Descrição das frequências de eventos ou condições favoráveis e desfavoráveis ao acesso aos serviços por imigrantes brasileiros, vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015.....	50
Tabela 5 - Descrição de eventos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao acesso, segundo dificuldades no acesso aos serviços de saúde, por imigrantes brasileiros, vivendo co HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015..	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis que integram as dimensões do acesso propostas pelo Comentário Geral nº 14/2000.....	38
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
aMASE	<i>Advancing Migrant Access to Health Services in Europe</i>
ACM	Alto Comissariado para as Migrações
ARV	Antirretrovirais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CESCR	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ISPUP	Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
RNEHR	Rede Nacional de Especialidades Hospitalares e de Referenciação
RNHR VIH	Rede Nacional Hospitalar de Referenciação para a Infecção por VIH
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional de Saúde de Portugal
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	União Europeia
UPORTO	Universidade do Porto

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 REFERENCIAL CONCEITUAL	19
3.1 IMIGRAÇÃO E SAÚDE	19
3.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DIREITOS HUMANOS	23
4 METODOLOGIA	31
4.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	39
5 ASPECTOS ÉTICOS	41
6 RESULTADOS.....	42
6.1 DESCRIÇÃO SÓCIO ECONÔMICA E COMPORTAMENTAL DE IMIGRANTES BRASILEIROS, VIVENDO COM HIV, EM PORTUGAL	42
6.2 OCORRÊNCIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE IMIGRANTES BRASILEIROS, VIVENDO COM HIV, EM PORTUGAL	47
7 DISCUSSÃO	54
7.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES E SUA RELAÇÃO COM O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	54
7.2 EVENTOS OU CONDIÇÕES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	58
7.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXO	75
ANEXO A - APROVAÇÃO ÉTICA PARA ESTUDO ADVANCING MIGRANT ACCESS TO HEALTH SERVICES IN EUROPE (AMASE) EM CADA PAÍS	76

1 APRESENTAÇÃO

A proposta deste trabalho de conclusão de curso (TCC) surge ao final do intercâmbio realizado na Universidade do Porto (UPORTO), no primeiro semestre de 2017, em particular, no âmbito do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) onde tive a oportunidade, entre os meses de abril a julho, de colaborar na análise estatística dos dados da amostra de Portugal relativa ao estudo *Advancing Migrant Access to Health Services in Europe* (aMASE).

O interesse pela temática do HIV/AIDS¹ (*Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome*) foi instigado e problematizado ao longo da minha trajetória de vida através da história profissional vivenciada por minha mãe, enfermeira que na maior parte da sua atuação profissional atendeu mulheres, crianças e adolescentes que vivem com HIV. Quando ingressei na graduação em Saúde Coletiva pude participar, por dois anos, de uma iniciação científica na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que teve como objetivo identificar os sentidos e significados atribuídos por adolescentes da Rede Estadual de Ensino do Município do Rio de Janeiro, à sexualidade, saúde e HIV/AIDS. Em alguns encontros e desencontros ocorridos, a temática do HIV/AIDS também esteve presente.

Este trabalho de conclusão de curso está estruturado em cinco grandes momentos. No primeiro realiza-se uma introdução ao objeto de estudo, a questão norteadora, o objetivo e a justificativa para a realização do mesmo. O segundo aborda os referenciais conceituais relevantes para a compreensão da temática de interesse, como por exemplo: direitos humanos; acesso à saúde; imigração; e o sistema de saúde português. Na terceira etapa são explorados os materiais e métodos para responder aos objetivos propostos, bem como se pontua os aspectos éticos. No quarto momento, apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos à luz dos referenciais de acesso aos serviços de saúde e direitos humanos. No quinto e último momento, constrói-se as considerações finais deste trabalho.

Propõe-se com este trabalho atender uma das possibilidades de análise que mais me agrada e inquieta, de maneira positiva, no contexto da Saúde Coletiva: o potencial de conjugar as diferentes perspectivas de análise epidemiológica e dos

¹ Neste trabalho serão utilizadas as siglas inglesas para referir-se, respectivamente, ao Vírus da Imunodeficiência Humana e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

direitos humanos que podem proporcionar frente às situações e demandas cotidianas em saúde.

A escolha do referencial dos direitos humanos decorre do próprio objeto da investigação. A questão da imigração e do HIV/AIDS constituem assuntos tratados a algumas décadas nessa perspectiva inovadora que associa saúde global e os direitos humanos. Este referencial para análise dos dados me proporcionou não só um instrumental interessante para refletir sobre o acesso à saúde como um direito, bem como pensar sobre a importância da garantia do direito humano à saúde aos imigrantes. A perspectiva escolhida, a meu ver, pode contribuir a explorar elos inter e multidisciplinares na Saúde Coletiva de forma crítica tanto local no nível local /regional quanto na esfera global.

Por fim, o trabalho de conclusão do curso me trouxe o interesse mais concreto das discussões relativas à Saúde Global e da temática da diplomacia em saúde, que despontou como área de interesse pelo teor das breves discussões críticas com as quais pude me aproximar. Por tratar-se de um trabalho de conclusão do curso, ele não dá conta de explorar as vastas possibilidades que esse campo proporciona. Por isso, sinto-me estimulada a prosseguir com o desenvolvimento de estudos relativos à Saúde Global.

2 INTRODUÇÃO

Em um mundo globalizado marcado tanto pela expansão dos fluxos de capitais econômicos e de tecnologias, quanto pela perversidade² (SANTOS apud TENDLER, 2007) em aprofundar as iniquidades inter e intra países, os movimentos populacionais têm se demonstrado, na contemporaneidade, mais numerosos e complexos. Tais mobilidades podem ser impulsionadas dentre outros fatores, conforme apontam Fortes e Ribeiro (2014), pela busca de melhores condições de vida, de trabalho, ou fugindo de perseguições políticas, de desastres naturais e tecnológicos.

No ano de 2016, 29.444 novos casos de infecção por HIV foram reportados na União Europeia e na Área Econômica Europeia³, sendo 40% entre imigrantes⁴ (EDCD; EURO WHO, 2017). Especificamente em Portugal, no ano de 2015, 989 novos casos de infecção pelo HIV foram reportados, entre pessoas com 15 anos ou mais, sendo 238 casos de pessoas nascidas em outro país (DINIZ *et al.*, 2015). Estudos indicam o aumento da representatividade dos brasileiros na composição da comunidade em Portugal ao longo do tempo (SEF, 2016; OLIVEIRA, 2015).

O frequente isolamento social, a estigmatização e discriminação das populações imigrantes, quanto às suas origens étnicas, crenças religiosas ou condição de imigrante, (DIAS; GONÇALVES, 2007; DIAS *et al.*, 2008) acentuam também a vulnerabilidade para a aquisição da infecção por HIV, criando um círculo vicioso da estigmatização e discriminação frente ao HIV e à AIDS (PARKER;

² No documentário produzido por Silvio Tandler (2007), o geógrafo Milton Santos problematiza os impactos negativos da globalização, como por exemplo a desigualdade socioeconômica entre países e entre classes e a caracteriza como perversa. Ao longo do documentário, Santos explora três faces da globalização: como ela se demonstra (fábula- a idéia de que os avanços tecnológicos e encurtamento de tempo e espaço é para todos); como ela realmente é (perversa- práticas neoliberais; distribuição desigual de riquezas); como poderia ser (defendeu que uma outra globalização seria possível, já que o modelo atual não seria suportado por muito mais tempo).

³ A União Europeia (UE) conta com 28 Estados-Membros: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Romênia, Suécia (UNIÃO EUROPEIA, [2018?]). A Área Econômica Europeia inclui os países da UE e também a Islândia, o Liechtenstein e a Noruega, o que permite-lhes fazer parte do mercado único da UE (UNITED KINGDOM GOVERNMENT, [2017?]).

⁴ Os países com as taxas mais elevadas de novos diagnósticos foram a Letônia (18,5; 365 casos), a Estônia (17,4; 229 casos) e Malta (14,5; 63 casos). As taxas mais baixas foram reportadas pela Eslováquia (1,6; 87 casos) e pela Hungria (2,3; 228 casos). Não foram recebidos dados da Rússia (EDCD; EURO WHO, 2017, p. 10).

AGGLETON, 2001). O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2014) elencou as pessoas que vivem com HIV e os imigrantes como dois dos doze grupos populacionais que enfrentam as maiores adversidades referentes ao acesso não equitativo aos serviços de saúde, em especial os cuidados do HIV, seja por serem marginalizados, seja por normas de gênero prejudiciais; pobreza; desigualdades legais e sociais. Em outras palavras, as vulnerabilidades que podem acompanhar tanto as pessoas que vivem com HIV quanto a experiência migratória traduzem-se, dentre outros aspectos, em dificuldades no acesso aos serviços de saúde e na manutenção do melhor estado de saúde possível.

O UNAIDS enumera ainda quatro razões principais, quando presentes no cotidiano desses dois grupos, incluindo em um hiato da efetivação do direito humano do acesso à saúde. Em relação às pessoas que vivem com HIV os motivos são: 1) violações dos direitos humanos, estigma e discriminação; 2) acesso ao tratamento e serviços; 3) desigualdades baseadas em gênero; 4) criminalização e exclusão. No que tange aos imigrantes as razões são: 1) leis e políticas restritivas em 36 países relativas à entrada, permanência e residência com base no status sorológico do HIV (UNAIDS, 2015); 2) acesso limitado a informações e serviços de saúde; 3) vulnerabilidade à exploração; 4) estigma e discriminação. No objeto de estudo do trabalho em questão, tais pessoas podem conviver com um “duplo” estigma e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Esse cenário tende a ser mais complexo no caso dos imigrantes vivendo com HIV e em situação irregular no país de acolhimento (UNAIDS, 2014).

Guerra e Ventura (2017) pontuam que a possibilidade de uma parte dos imigrantes serem impactados negativamente pelo processo migratório torna-se essencial para que normas e práticas institucionais avistem essas vulnerabilidades e respondam às necessidades desse grupo, de maneira a assegurar o direito ao acesso à saúde.

Além disso, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS tem apontado que a imigração pode constituir uma situação de vulnerabilidade à infecção por HIV. Nesse sentido, a expectativa é que a efetividade do direito humano à saúde, no que tange o acesso aos serviços de saúde, pelo grupo de imigrantes brasileiros vivendo com HIV e participantes do aMASE, em Portugal, possa revelar aspectos do processo de adoecimento desta população imigrante.

As questões migratórias e a epidemia de AIDS continuam sendo um dos principais problemas de saúde global, confirmando, assim, a relevância social e acadêmica do objeto de estudo para a saúde pública de ambos os países.

Em face do exposto, considerei oportuno desenvolver a seguinte **questão norteadora** para este trabalho:

Como tem se dado o acesso aos serviços de saúde, na perspectiva dos direitos humanos, relatadas por imigrantes brasileiros, vivendo com HIV, em Portugal? É possível se identificar barreiras nesse acesso?

A partir desse enfoque, o **objeto de estudo** são as barreiras no acesso aos serviços de saúde, sob o prisma dos direitos humanos, referente às variáveis específicas, de interesse, selecionadas do banco português constituído com dados primários, e anonimizados, relativos aos imigrantes brasileiros vivendo com HIV, participantes da pesquisa intitulada *Advancing Migrant Access to Health Services in Europe* (aMASE).

Apoiada nesse objeto foram formulados os seguintes **objetivos geral e específicos** para o trabalho:

1) Objetivo geral:

- a) Analisar as principais barreiras no acesso à saúde dos imigrantes brasileiros com HIV/AIDS em Portugal, na perspectiva do direito humano à saúde.

2) Objetivos específicos:

- a) Descrever o perfil socioeconômico e comportamental dos imigrantes brasileiros participantes do estudo no país de acolhimento: Portugal;
- b) Descrever as principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes HIV positivos.

A análise dos dados da pesquisa epidemiológica referente às barreiras estruturais, culturais e financeiras à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV vividas por brasileiros imigrantes em Portugal para discussão da temática posta se justifica considerando-se que há diferentes fatores, tais como: o idioma; a rede interpessoal; e o acordo bilateral de atenção à saúde entre Brasil e Portugal, que são facilitadores da mobilidade entre os nacionais desses países. Essa mobilidade de brasileiros para Portugal tem se ampliado nos últimos anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Portugal há um percentual crescente equivalente

a 244,5%, de imigrantes brasileiros no país, entre os anos de 2001 e 2011, (OLIVEIRA, 2015, p. 15).

3 REFERENCIAL CONCEITUAL

3.1 IMIGRAÇÃO E SAÚDE

Para Nolasco (2016) não existe um consenso quanto a definição dos movimentos populacionais que são considerados migratórios, bem como as subcategorias que podem advir desse processo: a maioria delas abrange as amplitudes geográficas do fluxo migratório e as durações da permanência dos indivíduos no local de destino. Debruçando-se sobre as migrações e na tentativa de caracterizá-las, Jackson (1986) propõe três aspectos para considerar uma movimentação como migração: (1) o espacial, marcado por atravessar uma barreira administrativa; (2) o temporal, onde a migração é considerada pelo tempo contínuo da pessoa no local, por exemplo, um período de feriado não está enquadrado nesta noção; (3) o social, que envolve a redefinição e construção de novos laços sociais no local de destino.

Peixoto (1998) aborda em um dos capítulos da sua tese o aspecto multidimensional da categorização das migrações, bem como o seu caráter extremamente diverso. Considera as diferentes circunstâncias de partida e de chegada, as causalidades, motivações e consequências envolvidas, havendo, dessa maneira, tantas formas de migrações quantos os indivíduos e as estratégias utilizadas (PEIXOTO, 1998, p. 23-24).

Ainda à luz do trabalho de Peixoto (1998), esse autor consolida as dez características comuns ou critérios mais habituais em meio a um vasto conjunto de diferenciações dos fluxos migratórios: (1) Os tipos de fronteiras atravessadas, podendo diferenciar-se em migrações internas e migrações internacionais; (2) Duração ou regularidade do movimento, que vão das “temporárias” às “permanentes”; (3) Grau de voluntariedade da migração, onde é possível identificar as migrações voluntárias e as forçadas, como é o caso dos refugiados⁵; (4)

⁵ Em relação às migrações internacionais e a voluntariedade da mobilidade geográfica, cabe uma distinção mais detalhada entre os termos imigrantes e refugiados. Segundo a Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR, 2015), os refugiados são especificamente definidos e protegidos no direito internacional -em especial pela Convenção de 1951 relativa ao Estatuto dos Refugiados - e que por razões sociais, políticas, econômicas ou naturais são forçados a se deslocar do seu território de origem. Dessa maneira, a redução da categoria do status de refugiado ou solicitante de refúgio à um imigrante pode enfraquecer a sua garantia de direitos.

Motivações para a migração; (5) Situação empregatícia, sendo considerada a situação de atividade ou inatividade econômica; (6) Tipologia de atividade econômica realizada, onde o autor faz referência ao setor ou ramo de atividade, na origem e/ou no destino; (7) Estatuto profissional ou socioeconômico do migrante; (8) Nível de instrução ou qualificação profissional; (9) Estatuto administrativo: em situação legal ou ilegal; (10) Lugar da migração no percurso individual, que pode ser uma migração "primária", "secundária" e "de retorno" (PEIXOTO, 1998, p. 24-25).

Esse olhar mais holístico e que considera as individualidades que as pessoas ou grupos heterogêneos podem apresentar ao longo do seu processo migratório é essencial, sobretudo para atender de maneira mais integral às necessidades da população migrante, em especial as de saúde, que é atravessada por determinantes não meramente biológicos. A *Declaração de Nova Iorque para Refugiados e Imigrantes* afirmou que existiam migrantes em todos os países do mundo, com o quantitativo de imigrantes tendo ultrapassado, em 2015, 244 milhões, e a existência de cerca de 65 milhões de pessoas que são deslocadas à força, nesse mesmo ano (ONU, 2016, p. 1).

Na Europa, segundo o *European Statistics*, estimou-se que no ano de 2015 os Estados membros da União Europeia (UE) tenham recebido 4,7 milhões de pessoas, sendo 2,4 milhões de pessoas cidadãos de países terceiros, 1,4 milhões tinham nacionalidade de um país da UE, cerca de 860 mil tinham migrado para um Estado-Membro do qual tinham nacionalidade e cerca de 19 mil eram apátridas⁶ (EUROSTAT, 2015). Frente a relevância social, política e econômica, o assunto da imigração é uma das temáticas que compõem as prioridades políticas da Comissão Europeia, órgão executivo do bloco em questão (UNIÃO EUROPEIA, (2018). Especificamente em Portugal, dados de 2016 referem que a população estrangeira era constituída por 397.731 cidadãos, com título de residência válido, sendo a nacionalidade brasileira responsável por 81.251 cidadãos, mantendo-se como a principal comunidade estrangeira residente no país (SEF, 2016, p. 73).

No contexto português a dinâmica da imigração legal pode ocorrer de duas maneiras principais. A primeira abrangendo os outros 25 países europeus e

⁶ Resguardados no nível jurídico internacional, pela Convenção das Nações Unidas de 1954 que estabelece o Estatuto dos Apátridas. A Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) define os apátridas como sendo pessoas que não têm a sua nacionalidade reconhecida por nenhum país (ACNUR, 2018).

signatários do acordo do Espaço Schengen, que possibilita que os nacionais desses países circulem livremente, em turismo ou por motivos de trabalho, sem serem sujeitos a controles fronteiriços (UNIÃO EUROPEIA, 2013). A segunda forma de movimentação diz respeito aos cidadãos que são oriundos de países de fora do bloco europeu e não possuem cidadania portuguesa.

Nesta segunda maneira de mobilidade, conforme indica a lei portuguesa nº 23/2007, de 4 de julho⁷, os vistos podem ser concedidos em dois tipos de localidades, o que acarreta em diferentes nomenclaturas e funcionalidades de cada um dos vistos autorizados nestes locais. A primeira tipologia de concessão corresponde aos vistos disponibilizados em território estrangeiro (capítulo IV), correspondendo a quatro tipos: 1) **visto de escala aeroportuária** (quando utiliza-se uma ligação internacional, a passagem por um aeroporto de um Estado parte do Espaço Schengen; nesse caso, o titular do visto tem acesso apenas à zona internacional do aeroporto, devendo prosseguir a viagem na mesma ou em outra aeronave); 2) **visto de curta duração** (prazo de validade de um ano, não podendo a duração de uma estada ininterrupta ou a duração total das estadas sucessivas exceder 90 dias); 3) **visto estada temporária** (período inferior a um ano, onde o requerente da entrada e estada do território nacional tem objetivos específicos); 4) **visto de residência** (destina-se a permitir ao seu titular a entrada em território português a fim de solicitar autorização de residência). O segundo tipo refere-se aos vistos concedidos nos postos de fronteira: 1) **visto de curta duração** (disponibilizado de maneira excepcional, com validade máxima de 15 dias); 2) **visto especial** (por razões humanitárias ou de interesse nacional, reconhecidas por despacho do membro do Governo responsável pela área da administração interna, pode ser concedido um visto especial para entrada e permanência temporária no país). Ainda pautada nesta lei, o capítulo VI dispõe que a residência em território nacional pode ser de dois tipos: a autorização de **residência temporária** e a **permanente** (PORTUGAL, 2007).

Os atos de migrar e imigrar são reconhecidos como direitos humanos, conforme apontado no artigo 13º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH): Todo o indivíduo tem o direito de circular livremente e escolher a sua

⁷ Tal lei versa sobre a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=920&tabela=leis. Acesso em: 11 jul. 2018.

residência no interior de um Estado. Todo o indivíduo tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país (ONU, 1948, p. 03). Apesar dessa Declaração não ter efeito legal sobre os países signatários, representa um consenso amplo por parte da comunidade internacional e, dessa maneira, possui uma força moral forte na prática dos Estados, em relação a sua conduta das relações internacionais (ONU, 2018). Segundo Moulin (2011) a imigração é, inclusive, parte constitutiva da experiência humana e do próprio processo de formação de grande parte das comunidades políticas que, na contemporaneidade, são denominadas Estado.

Quanto ao perfil dos agravos de saúde nas populações imigrantes, estudos indicam expressividade do número de casos⁸ de doenças infecciosas, em especial infecção por HIV; doenças crônicas, tais como cardiovasculares, diabetes, neoplasias; e casos de saúde mental entre as populações migrantes quando comparadas à população do país de acolhimento (DIAS *et al.*, 2007; ESTRELA, 2009; FONSECA; SILVA, 2010⁹).

Neste trabalho de conclusão de curso, entende-se que a migração, por si só, não representa necessariamente um fator de risco para o desenvolvimento de agravos em saúde, de maneira que os aspectos associados ao processo migratório, que podem influenciar o estado de saúde e bem-estar das populações migrantes (DIAS; GONÇALVES, 2007; GUERRA; VENTURA, 2017). Nessa perspectiva, considerando as diferentes tipologias dos fluxos migratórios e contextos de tais processos, as vulnerabilidades e os impactos na saúde do imigrante podem desenrolar-se de maneiras distintas. Segundo Carballo (2007 apud DIAS; GONÇALVES, 2007, p. 18), a repercussão da migração no estado de saúde do imigrante, bem como os padrões de morbidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde emigra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados.

⁸ Dias *et al.* (2007) refere-se a tal quantitativo à luz do conceito de prevalência, enquanto Estrela (2009) utiliza estudos que trabalham com a perspectiva da incidência.

⁹ No relatório de Fonseca e Silva (2010, p. 55-72) é realizado um levantamento da literatura, sobre o acesso aos serviços e estado de saúde dos imigrantes em Portugal e é abordado de maneira resumida aspectos temáticos de problemas de saúde nesse grupo populacional: saúde materno-infantil; saúde sexual e reprodutiva; doenças crônicas; doenças infecciosas; saúde mental; acidentes de trabalho.

3.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DIREITOS HUMANOS

A conformação dos componentes e da dinâmica dos sistemas de saúde dos diversos países apresentam similaridades e diferenças entre si, que são influenciadas pelas características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada um (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Para Viacava *et al.*, (2012), o acesso é uma das dimensões que contribuem na avaliação de desempenho dos serviços e sistemas de saúde à luz do princípio da equidade.

Travassos e Martins (2004), em sua revisão bibliográfica, pautam a distinção entre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Para as autoras, o uso dos serviços de saúde compreende todo contato direto ou indireto com os serviços de saúde, como por exemplo a ida às consultas médicas e a realização de exames diagnósticos, respectivamente.

Sobre o conceito de acesso à saúde afirmam, ainda, que é variado. Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191) emprega o termo acessibilidade para definir acesso, correspondendo à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde dos indivíduos. Por sua vez, Andersen (1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) prioriza a terminologia acesso, referindo-se à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Apesar das discordâncias, Travassos e Martins (2004) concluem que há uma conformidade em relação a dois aspectos do acesso: a terminologia, associada ao desempenho dos sistemas de saúde e à oferta de serviços; o segundo diz respeito à abrangência do conceito per se, com uma ampliação do eixo da perspectiva de entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos.

Neste trabalho entende-se o acesso aos serviços de saúde como um aspecto da dimensão do acesso à saúde, e que o uso de serviços é uma dimensão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Nesse sentido, não será utilizada a perspectiva apontada por Travassos e Martins (2004) de utilização dos serviços de saúde, mas as diretrizes da Recomendação N.º 14/2000 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (CESCR), cuja abordagem se aproxima do conceito de acesso à saúde, incluindo a utilização de serviços, como adiante descrito.

A Recomendação N.º 14/2000 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (CESCR) formulada para o monitoramento do

cumprimento do direito à saúde pelos países, de maneira que todos os indivíduos possam desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Em seu 12º artigo estabelece quatro dimensões do acesso à saúde, que serão utilizadas neste trabalho como referenciais para análise: disponibilidade; acessibilidade; aceitabilidade; qualidade (ONU, 2000; OLIVEIRA, 2010) .

Na **disponibilidade** considera-se que o funcionamento das instalações, bens e serviços de atenção à saúde, os programas de saúde devem estar disponíveis em quantidade suficiente nos países, assim como inclui os determinantes fundamentais da saúde (ONU, 2000, p. 4).

Na **acessibilidade**, as instalações, os bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos sem discriminação. Esse aspecto do acesso abrange quatro categorias: não discriminação; acessibilidade física; acessibilidade econômica; acessibilidade de informação. A categoria não discriminação, preconiza que não deve haver discriminação pautada em qualquer tipo de proibição no acesso às instalações, bens e serviços de saúde. Por sua vez, a acessibilidade física estabelece que as instalações, bens e serviços devem estar ao alcance físico e seguro a todos os indivíduos, em especial os setores mais vulneráveis da população. Para a seguridade da acessibilidade econômica, o pagamento por serviços e bens de saúde devem ter um preço acessível e pautado no princípio da equidade. Por fim, a categoria acessibilidade de informação abrange o direito de qualquer pessoa procurar, receber e comunicar informações de saúde (ONU, 2000, p. 4).

A terceira dimensão do acesso, a **aceitabilidade**, versa sobre o respeito e sensibilidade dos profissionais de saúde, à cultura das diferentes minorias e povos bem como às necessidades de gênero e dos ciclos da vida.

A quarta dimensão refere-se à **qualidade**, na qual as instalações, bens e serviços devem ser apropriados e de qualidade à luz da perspectiva médica e científica (ONU, 2000, p. 5).

Nesse sentido, entende-se como barreiras aos serviços de saúde as limitações que dificultam ou impedem as pessoas de desfrutarem de qualquer uma das dimensões supracitadas. Scheppers *et al.*, (2006) ponderam a existência de barreiras potenciais caracterizando-as como barreiras que só afligem os indivíduos sob certas circunstâncias ou apenas afligem algumas pessoas, principalmente os vulneráveis socioeconômicos. Um exemplo lúdico que estes autores trazem referente ao uso do transporte público, que de maneira adaptada poderia ser esclarecido da seguinte

maneira: para quem precisa utilizar o transporte público sob condições de alto custo da passagem e má qualidade do serviço prestado, este meio pode caracterizar-se como uma barreira para quem tem uma baixa condição econômica e necessita utilizá-lo para chegar ao equipamento de saúde; já para quem tem carro particular ou não encontra-se em situação econômica desfavorável, isso não caracteriza-se como uma barreira ao acesso (acessibilidade física e acessibilidade econômica) dos serviços de saúde. Dessa maneira as dificuldades no acesso aos serviços de saúde tratadas no presente trabalho podem ser entendidas como barreiras potenciais para a efetivação deste direito.

A Entidade Reguladora da Saúde de Portugal categoriza os imigrantes em quatro tipologias, para definir como se dará o acesso à saúde no país: 1) os cidadãos nacionais dos Estados Membros da UE, do EEE e Suíça que sejam abrangidos pelos regimes de coordenação dos regimes de segurança social; 2) os cidadãos nacionais de países abrangidos por acordo firmado com Portugal, como é o caso do Brasil; 3) os cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordo bilateral com Portugal; 4) os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal (ERS, 2015).

Especificamente no que tange à segunda categoria descrita anteriormente, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) estabelece que os acordos bilaterais celebrados entre Portugal e outros países (Andorra, Brasil¹⁰, Cabo Verde, Quebec, Marrocos, Tunísia e Reino Unido), em condições de reciprocidade, permitem igualdade de tratamento com os nacionais, em situação de estada e de residência em Portugal, para os ramos da segurança social e da doença. Entende-se por estada temporária, as deslocações em férias, as deslocações de estudantes, os destacamentos, ou as situações em período de estada que não sejam de residência definitiva. Neste caso, o indivíduo deve apresentar um documento que atesta tal direito, aceito apenas nas unidades públicas, sendo o respectivo faturamento apresentado por Portugal ao país de residência para pagamento. Caso o indivíduo não tenha este atestado, será solicitado o pagamento do valor total dos cuidados prestados (SNS, 2018).

¹⁰Decreto do Presidente da República Portuguesa nº 67/94 de 27 de Agosto – Acordo sobre segurança social ou seguridade social entre a República Portuguesa e o Brasil, atualizado pela Resolução da Assembleia da República nº6/2009 de 26 de Fevereiro.

Por sua vez, é considerada residência, a situação de residência legal de acordo com a legislação em vigor em Portugal. Nesta circunstância, o indivíduo também deverá apresentar um documento que ateste o direito a prestações dos cuidados de saúde, o qual deverá ser apresentado no Centro Distrital de Segurança Social (CDSS) da área de residência a fim de que tal documento seja validado e ocorra a indicação da abertura do direito. Após a abertura do direito, o Centro de Saúde da área de residência irá atribuir um número de paciente do Serviço Nacional de Saúde. Poderá assim, enquanto residente em Portugal, obter cuidados de saúde primários e hospitalares, urgentes ou programados (SNS, 2018).

No caso brasileiro o documento que ateste o direito aos cuidados de saúde/Certificado de Direito à Assistência Médica (CDAM) em Portugal, denomina-se PB4. O Ministério da Saúde do Brasil, órgão que emite este documento, esclarece que o PB4 possibilita que o brasileiro (nato ou naturalizado e estrangeiros residentes no Brasil e contribuintes da Previdência Social) possa ser atendido na rede pública de Portugal como cidadão local: por exemplo, se o português pagar por um procedimento de saúde, o brasileiro também deverá pagar em igual característica; se o procedimento for gratuito, também deverá ser para o brasileiro (BRASIL, 2018).

O Alto Comissariado para as Migrações (ACM) em Portugal considera os cuidados de saúde no país tendencialmente gratuitos, uma vez que por cada consulta ou cuidado prestado, o paciente deve pagar uma importância, denominada Taxa Moderadora¹¹, bem como considera as condições econômicas e sociais dos indivíduos. Ressalta ainda que os imigrantes¹² estão sujeitos aos mesmos princípios e normas aplicáveis à população em geral, no que refere-se ao pagamento e isenção de taxas moderadoras (ACM, 2018)]. No que tange aos cuidados de saúde¹³ para

¹¹ Decreto-Lei n.º 113/2011. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2243/DL_113_2011_29_novembro.pdf. Acesso em: 05 out. 2018.

¹² Exceção para o pagamento da taxa moderadora: imigrantes irregulares que se encontram nas seguintes situações: 1) Cuidados de saúde urgentes e vitais; 2) Doenças transmissíveis que representem um perigo ou ameaça para a saúde pública, tuberculose ou sida, por exemplo; 3) Cuidados no âmbito de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva (acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos); 4) Cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, nos termos definidos no DL n.º 67/2004, de 25 de Março; 5) Vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação em vigor; 6) Cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos SSS. Os requerentes de asilo e refugiados, respectivos cônjuges ou equiparados, e descendentes diretos estão isentos do pagamento de taxas moderadoras (ACM, 2018).

¹³ No tocante aos cuidados de saúde isentos, as consultas, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias

peças que vivem com HIV, as consultas de infectologia, os medicamentos antirretrovirais e exames complementares de diagnóstico e acompanhamento, bem como os tratamentos diretamente relacionados com a infecção pelo HIV, são isentos de taxas moderadoras, conforme explicação objetiva e inteligível da organização não-governamental *SER+Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA* (SER, 2018).

Ainda no que tocante à acessibilidade econômica o Sistema de Saúde português estabelece que o seguinte perfil possui isenção no pagamento das taxas moderadoras: pessoas desempregadas com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 do IAS (correspondente em 2018 a € 643,35) que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência econômica nos termos legalmente previstos, e o respetivo cônjuge e dependentes (ERS, 2018).

No sistema de saúde português, a infecção pelo vírus HIV e a AIDS constituem um dos programas considerados prioritários pela Direção Geral de Saúde, o que gera desdobramentos tais como o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA*¹⁴ e a elaboração de estudos, relatórios e pareceres sobre o contexto de HIV no país. Quanto à organização e regulação do fluxo do atendimento de pessoas vivendo com HIV, preconizado pela Direção Geral de Saúde, a *Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH* (RNHR VIH), criada em 2012, e que compõe a *Rede Nacional de Especialidades Hospitalares e de Referência* (RNEHR), é a responsável por tal função. Na RNHR VIH cabe às unidades hospitalares um papel central no seguimento e tratamento de todas as pessoas que vivem com HIV, de maneira a articular-se com os outros níveis de prestação de cuidados. Pautada no princípio da liberdade de escolha individual em relação à unidade de saúde em que se deverá efetuar esse

musculares, tratamento da dor crônica, saúde mental, deficiências congênitas de fatores de coagulação, diabetes, tratamento e seguimento da doença oncológica, não pagam taxas moderadoras. Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/142>. Acesso em: 09 jul. 2018.

¹⁴ O Despacho nº 404/2012, de 3 de janeiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, determina os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, nos quais se enquadra o Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

acompanhamento clínico, o indivíduo pode escolher dentre os seguintes níveis de resposta: Unidade Local (UL); Unidade de Referência (UR); Centro de Elevada Diferenciação (CED); Consulta Descentralizada (CD) (DINIZ, 2015).

No que tange à *Rede de Referência Hospitalar em Infecçologia* os equipamentos de saúde participantes do estudo, podem ser caracterizados em duas tipologias: 1) Hospital de Referência (HR), que recebe doentes provenientes da sua área de influência direta e dos Hospitais Locais (dois dentre os cinco hospitais participantes: Hospital Doutor Fernando da Fonseca; Centro Hospitalar de Setúbal); 2) Hospital de Elevada Diferenciação (HER), que recebe doentes provenientes da sua área de influência direta e dos Hospitais de Referência e deve garantir a totalidade dos cuidados necessários ao acompanhamento de doentes com patologia infecciosa e ser um centro de formação pré e pós-graduada e de investigação científica. Três dentre os cinco hospitais onde se desenvolveu o estudo: Centro Hospitalar São João; Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro Hospitalar Lisboa central (MALTEZ, 2017).

Em relação aos direitos humanos, a saúde também é um componente referenciado na Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁵. No sistema europeu de direitos humanos, o direito à saúde foi reiterado pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia¹⁶, especialmente, no que diz respeito à prevenção de agravos em saúde e aos benefícios de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais (UNIÃO EUROPÉIA, 2000).

Entende-se por direitos humanos os direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição (ONU, 1948)¹⁷. Segundo Hunt¹⁸, os direitos humanos

¹⁵ Artigo XXV: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle” (ONU, 1948, p. 13). Com isso classifica-se em direitos humanos civis e políticos (VENTURA, 1999).

¹⁶ A proteção da saúde está presente no Título IV, referente à solidariedade, situada no artigo 35º.

¹⁷ Neste trabalho, utiliza-se como ponto de partida para abordar a questão dos direitos humanos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), marco para a internacionalização desses direitos. Contudo, não refuta-se as contribuições teóricas e históricas advindas de outros momentos como: a Revolução Francesa, com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789); a Revolução Norte-Americana, com a sua Declaração de Independência (1776); e a Conferência de Viena (1993).

apresentam três qualidades acopladas: devem ser naturais (inerentes aos seres humanos), iguais (os mesmos para todo mundo) e universais (aplicáveis por toda parte) (HUNT, 2007, p.19). Para Ventura tais direitos são mais do que normas legais, constituem um modelo ético-político do que seja uma norma justa, podendo ser delineados em três tipos: 1 - direitos civis e políticos; 2 - econômicos, sociais e culturais; 3 - de solidariedade (VENTURA, 1999, p. 268-269).

A partir do exposto, infere-se que a premissa na qual todo imigrante possui o direito universal à saúde, de acesso e utilização dos serviços de saúde, deve ser resguardada e garantida pelos Estados. Nessa lógica, Ventura (2018) afirma que a garantia do direito à saúde dos imigrantes é um fator de grande relevância para a sua inserção e integração à sociedade. Além disso, o direito à saúde constitui um direito fundamental e indispensável para o exercício dos outros direitos humanos (RAMOS, 2012, p. 7). Esses aspectos demandam compreender o processo saúde, doença e cuidado de tais grupos na perspectiva do direito à saúde.

No entanto, o direito humano à saúde é, na prática, fortemente influenciado pelos componentes e pela dinâmica do sistema de saúde local, bem como na maneira como esse sistema lida com a proteção social à saúde e a relação dos profissionais com o usuário imigrante. No cotidiano dos indivíduos, o acesso aos serviços de saúde pode ser dificultado por diferentes barreiras organizativas; sociais; econômicas; culturais; físicas e/ou geográficas (DIAS *et al.*, 2004; FENNELLY, 2004 apud DIAS *et al.*, 2007), o que prejudica a plena efetivação desse direito.

Nessa perspectiva, certos grupos populacionais apresentam maior ou menor grau de iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, as populações imigrantes tendem a ser, em geral, mais vulneráveis às desvantagens sociais quando comparadas às populações dos países de acolhimento (UNAIDS, 2014). Para pautar esse raciocínio, leva-se em consideração não só as diferentes características da população imigrante e nativa, mas também a configuração dos próprios sistemas de

¹⁸ Hunt traz ao longo da construção do seu raciocínio o paradoxo da autoevidência dos direitos humanos, que basearia-se nos seguintes questionamentos trazidos pela autora: se a igualdade dos direitos é tão autoevidente, por que essa afirmação tinha de ser feita e por que só era feita em tempos e lugares específicos? Como podem os direitos humanos ser universais se não são universalmente reconhecidos? Vamos nos contentar com a explicação, dada pelos redatores de 1948, de que "concordamos sobre os direitos, desde que ninguém nos pergunte por quê"? Os direitos podem ser "autoevidentes" quando estudiosos discutem há mais de dois séculos sobre o que Jefferson queria dizer com a sua expressão? (HUNT, 2007, p. 17).

saúde nacionais, influenciando, dessa maneira, na condição de saúde desse grupo (GUERRA; VENTURA, 2017).

A abordagem dos direitos humanos na saúde nos estudos/pesquisas sobre acesso à saúde, especialmente de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, amplia as possibilidades de análise e contribuem na compreensão da relação entre a saúde e os direitos e o processo de saúde-doença. Para Gruskin *et al.*, (2007) a valorização da conexão dos direitos humanos com a saúde, torna-se mais clara com a pandemia de HIV/AIDS e as preocupações com a saúde sexual e reprodutiva. Para esses autores a proteção dos direitos humanos é um elemento necessário para a resposta mundial à epidemia de HIV, já que podem influenciar na vulnerabilidade tanto no que refere-se ao cuidado adequado das pessoas que vivem com HIV quanto ao risco de infecção por HIV (GRUSKIN; TARANTOLA, 2001).

A epidemia de HIV/AIDS foi a primeira a ocorrer na era dos direitos humanos (VENTURA, 1999, p. 280), o que impulsionou a abordagem dos direitos humanos vinculados à saúde (PARKER, 2012). Sobre o fenômeno da AIDS, Daniel e Parker (1991) a partir de Mann aponta a presença de três dimensões da epidemia de AIDS: a primeira é a infecção pelo vírus HIV, que pode passar despercebida; a segunda refere-se ao desenvolvimento da AIDS, com o surgimento dos sintomas; por sua vez, a terceira diz respeito às reações sociais, culturais, econômicas e políticas à epidemia. Para Parker (2012) os direitos humanos e a perspectiva da justiça social são dois importantes alicerces para pensar esses aspectos da epidemia de AIDS, especialmente, em relação aos desafios relacionados ao estigma e à discriminação na saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal com análise quantitativa de variáveis referentes ao acesso à saúde de imigrantes brasileiros vivendo com HIV/AIDS em Portugal, complementada com pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados do *Portal da BVS*¹⁹ e da *PubMed*²⁰, relacionada aos direitos humanos e o acesso à saúde de imigrantes. Nessa perspectiva, o trabalho no âmbito da Saúde Coletiva visa superar limitações disciplinares e realizar uma análise descritiva que considere no seu plano de análise também a perspectiva dos direitos humanos, recorrendo a conceitos e noções de diferentes áreas e obtidas de diferentes formas para descrever diversos ângulos da realidade tão complexa no processo saúde, doença e cuidado.

Este trabalho analisa os dados referentes aos brasileiros vivendo com HIV atendidos no serviço público de saúde português, extraído do banco de dados primários do estudo transversal e multicêntrico “*Advancing Migrant Access to Health Services in Europe*”²¹ (aMASE). O objeto de análise é o conjunto de dados referente aos imigrantes nascidos no Brasil, vivendo com HIV/AIDS, entrevistados nos hospitais localizados no Porto e em Lisboa, constituído de 67 participantes imigrantes brasileiros do total 182 imigrantes entrevistados.

O aMASE foi conduzido em nove países europeus: Bélgica, França, Alemanha, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Suíça e Reino Unido. Possuiu como objetivo identificar as barreiras estruturais, culturais e financeiras à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, bem como, determinar o país provável da aquisição

¹⁹ O *Portal Regional da BVS* integra fontes de informação em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). A coleção de fontes de informação do Portal está composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos. Disponível em: <http://bvsalud.org/sobre-o-portal/>. Acesso em: 36 set. 2018.

²⁰ O *PubMed Health* é um serviço fornecido pelo Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia (NCBI) na Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (NLM), autodenominada como a maior biblioteca médica do mundo. Abrange revisões sistemáticas de ensaios clínicos, os quais podem mostrar tratamentos e métodos de prevenção que comprovadamente funcionam. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/about/>. Acesso em: 26 set. 2018.

²¹ O estudo aMASE publicou, até o presente momento, quatro artigos. O primeiro referente à metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa (FAKOYA *et al.*, 2016). O segundo versa sobre a estimativa da proporção de aquisição de HIV pós-migração entre migrantes HIV-positivos na Europa (ALVAREZ-DEL ARCO *et al.*, 2017). A terceira publicação diz respeito às barreiras nos serviços de saúde para os imigrantes vivendo com HIV na Espanha (NDUMBI *et al.*, 2018). O último artigo aborda as barreiras e aspectos facilitadores no teste de HIV, tratamento atual e necessidades de saúde dos imigrantes que vivem com HIV na Europa (FAKOYA *et al.*, 2018).

do HIV em imigrantes. Em Portugal, foi implementado em 7 hospitais, com a coleta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, no período de outubro de 2013 a julho de 2015, tendo sido aprovado nos Comitês de Ética de cada um dos hospitais (FAKOYA *et al.*, 2016).

O estudo aMASE foi formado por adultos imigrantes vivendo com HIV e atendidos em serviços hospitalares de HIV. As entrevistas ocorreram usando uma auto-entrevista realizada por computador diretamente pelo participante, ou apoiada com um entrevistador. Essas respostas foram adicionadas aos dados clínicos dos registros dos pacientes, coletados com os médicos. Os critérios de elegibilidade dos participantes para o estudo foram: (1) pessoa vivendo com HIV; (2) indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos; (3) nascidos no estrangeiro e residentes em Portugal (e nos outros países participantes do estudo) por um período 6 meses ou mais; (4) ter sido diagnosticado até 5 anos antes do recrutamento; (5) capaz de completar, sozinho ou apoiado, um questionário eletrônico em qualquer um dos 15 idiomas utilizados (FAKOYA *et al.*, 2016).

A pesquisa aMASE foi constituída por dois tipos de questionários: o do paciente, respondido pelo próprio imigrante; e o questionário clínico, respondido pelo médico que acompanha o imigrante participante do estudo. O questionário do paciente é dividido em 3 seções principais: (1) dados sociodemográficos e sobre histórico de migração; (2) comportamento de risco sexual e de HIV, incluindo a utilização de drogas; (3) uso de serviços de saúde e experiências de viver com HIV. O questionário clínico abrange diversos dados, como, por exemplo, contagem de CD4, carga viral e início do tratamento com antirretroviral (TARV) (FAKOYA *et al.*, 2016). Considerando-se o objetivo deste trabalho de conclusão de curso utilizou-se apenas o questionário respondido pelo imigrante que reportou ter nascido no Brasil.

No que tange ao financiamento, o estudo aMASE integrou o Grupo de Trabalho 14 do EuroCoord²², que recebeu um aporte financeiro do Sétimo Programa-Quadro da União Europeia para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e demonstração. O Anexo A do artigo referente à metodologia do estudo e relaciona

²² A EuroCoord (*European Network of HIV/AIDS Cohort Studies to Coordinate at European and International Level Clinical Research on HIV/AIDS*), foi um projeto que ocorreu entre os anos 2011 e 2015, com a finalidade de mobilizar a pesquisa europeia sobre coorte de HIV (COMMUNITY RESEARCH AND DEVELOPMENT INFORMATION SERVICE, [2016?]). A EuroCoord apresenta 15 pacotes de trabalho, sendo o 14º destinado à temática da saúde do imigrante (EUROCOORD, [2017?]).

outras fontes de financiamento que contribuíram para o aMASE (FAKOYA *et al.*, 2016).

Este trabalho realizou uma análise descritiva das variáveis em estudo, tendo-se usado frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e médias e desvios-padrão ou medianas e intervalos interquartis no caso das variáveis contínuas, conforme a distribuição das variáveis era ou não normal. Nas análises bivariadas, relativas à dificuldade no acesso aos serviços de saúde, utilizou-se os testes estatísticos Qui-Quadrado de Pearson (quando menos de 20% das células tinham valor esperado <5 e nenhuma célula tinha um valor esperado <1) e Teste Exato de Fisher (quando os pressupostos anteriores não se verificaram). Nestes testes, considerou-se como limiar de significância $p < 0,05$. As variáveis foram analisadas mediante uso do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.

As variáveis selecionadas para serem exploradas advêm do questionário aplicado ao paciente, que é dividido em 11 seções, com a numeração das respectivas variáveis que as compõem:

- 1) Caracterização da amostra;
- 2) Atividade e comportamento sexual;
- 3) Consumo de drogas ilícitas;
- 4) Diagnóstico de HIV e contato com ONGs que apoiam pessoas que vivem com HIV;
- 5) Utilização dos serviços de saúde nos dois anos antes do diagnóstico de HIV;
- 6) Outras infecções, tais como hepatite B e tuberculose;
- 7) Antes da obtenção do diagnóstico de HIV;
- 8) Sobre a situação atual de saúde;
- 9) Uso de medicamentos para HIV e outras tipologias;
- 10) Situação econômica nos últimos 12 meses;
- 11) Sobre as últimas 4 semanas: insegurança alimentar; situações de discriminação; situação migratório; comentários.

A diversidade de variáveis e enfoques apresentados no questionário e, por conseguinte, no banco de dados do aMASE proporciona uma gama de análises dos dados. Contudo, a fim de responder aos objetivos propostos neste trabalho, delimitou-se a escolha das variáveis.

Para descrever os **aspectos sociodemográficos e comportamentais** da amostra, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- **Gênero** (feminino, masculino; transgênero masculino; transgênero feminino)
- **Orientação sexual** (homossexual; heterossexual; bissexual; outras)
- **Faixa etária** (15-23; 24-59; 60 ou mais)
- **Escolaridade** (Menos que o ensino fundamental ou ensino fundamental incompleto; Ensino fundamental; Ensino Médio; Ensino superior ou equivalente)
- **Dupla nacionalidade** (Sem dupla nacionalidade; Com dupla nacionalidade)
Nesta variável referente à verificação da nacionalidade e dupla nacionalidade da amostra pesquisada, foram utilizadas respectivamente duas variáveis de texto livre, onde o respondente autodeclarou sua nacionalidade.
- **Situação migratória autodeclarada** (Cidadão de Portugal e/ou da União Europeia; Autorização de residência permanente em Portugal; Autorização de residência temporária em Portugal; Em Portugal com visto (visto de estudante ou qualquer outro tipo); Outros [Pedido de residência submetido; Nenhum dos acima mencionados; Não soube responder])
- **Situação Empregatória** (Trabalhador a tempo integral/ tempo parcial; Desempregado; Estudante/em formação profissional a tempo inteiro; Outros)
- **Presença de fonte de renda** (Possui um salário; Não possui um salário)
- **Estado civil** (Casado(a) ou vivendo como casal; Solteiro; Em um relacionamento, mas a viver separadamente)
- **Presença de filhos** (Sim; Não; Prefere não responder)
- **Ano de chegada em Portugal** (1976-1994; 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; Omisso)
- **Unidade territorial de residência (NUTS II)** (Alentejo; Área Metropolitana de Lisboa; Centro; Norte)
- **Relações sexuais nos últimos 12 meses** (Sim; Não nos últimos 12 meses; Nunca teve relações sexuais)
- **Frequência da utilização de preservativo a partir do momento que foi diagnosticado** (Sempre; A maior parte das vezes; Ocasionalmente; Nunca; Prefere não responder; Nenhuma das anteriores)

- **Drogas consumidas durante os últimos 5 anos** (Nenhuma; Sim consumiu [Drogas alucinógenas do Sistema Nervoso Central; Drogas estimulantes; Drogas deprimidoras])
- **Ano de diagnóstico do HIV** (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015)

Por sua vez, a descrição das **barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde** foi dividida em 3 momentos: 1) descrição univariada das variáveis relacionadas às dificuldades no acesso aos serviços de saúde e à utilização dos serviços de saúde, dois anos antes, no país de acolhimento, do diagnóstico da infecção pelo HIV; 2) descrição bivariada de variáveis que possibilitam melhor compreender o perfil dos participantes que referiram dificuldades no acesso aos serviços de saúde; 3) descrição bivariada de eventos/ condições que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao acesso aos cuidados de saúde. Todas as frequências relativas desta etapa foram calculadas com o total da amostra no denominador. A seguir, detalha-se as variáveis relativas a estas etapas.

Para a descrição relacionada às dificuldades no acesso aos serviços de saúde, selecionou-se a seguinte variável, com as respectivas opções de resposta, onde pode haver a seleção de mais de uma opção:

- **Dificuldades no acesso serviços de saúde** (Sem dificuldades; Não foi atribuído um médico de Medicina Geral e Familiar; Possui algumas dúvidas acerca dos direitos de acesso aos serviços de saúde; Os horários de funcionamento dos serviços de saúde são inconvenientes para o respondente; Existem longas listas de espera para uma consulta; Existem longas listas de espera no Centro de Saúde; Não confia que o Centro de Saúde ou o médico de Medicina Geral e Familiar mantenha os seus dados confidenciais; Apresenta dificuldades em comunicar com a equipa devido a diferenças linguísticas).

No questionário aplicado aos imigrantes o único dado que apresenta relação direta com as barreiras no acesso aos serviços de saúde é expresso pela variável que versa sobre as dificuldades encontradas nesse acesso.

Esta variável foi estratificada a fim de melhor visualizar o dado na tabela de resultados. Com isso, a apresentação desta variável ficou da seguinte maneira:

- **Dificuldades no acesso serviços de saúde** (Sem dificuldades; Com dificuldades).

Outra variável que releva o acesso ao serviço de saúde refere-se aos serviços de saúde utilizados, em Portugal, dois anos antes do diagnóstico:

- **Serviços de saúde utilizados dois anos antes do diagnóstico** (Não utilizou o serviço de saúde; Utilizou o serviço de saúde [Serviço de urgência; Consulta externa; Dentista; Médico de Medicina Geral e Familiar; Internação hospitalar; Outros])

No que se refere às variáveis que colaboram em uma melhor compreensão do perfil dos participantes que referiram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, elencou-se as seguintes variáveis:

- **Gênero**
- **Escolaridade**
- **Situação migratória autodeclarada**
- **Situação empregatícia**

Para as variáveis “situação migratória autodeclarada” e “situação empregatícia” cada uma das opções de resposta que não são consideradas mutuamente exclusivas deveriam ter sido tratadas como uma variável independente. Contudo, dado o pequeno tamanho amostral optou-se por não fazê-lo e, por conseguinte, não utilizou-se o teste estatístico. Dessa maneira, para estas variáveis apresentam-se apenas a distribuição das frequências, que são por si informativas.

- **Presença de renda**
- **Orientação sexual**

Quanto aos acontecimentos que podem ser propícios e desfavoráveis ao acesso aos serviços de saúde, selecionou-se as seguintes variáveis:

- **Possui Médico de Medicina Geral e Familiar** (Possui; Não possui)
- **Menção sobre o teste do HIV no serviço de saúde, quando utilizou o serviço, dois anos antes do diagnóstico no país de acolhimento** (Houve menção; Não houve menção; Não lembra).

- **Contato com associações, instituições de caridade ou organizações comunitárias que prestam apoio às pessoas que vivem com HIV** (Sim; Não)
- **Conhecimento ou realização da Profilaxia Pós-Exposição (PPE/PEP)** (Nunca ouviu falar da PPE até hoje; Já ouviu falar da PEP; Já ouviu falar e sugeriu a alguém que a fizesse; Prefere não responder)
- **Faltar a consulta de HIV devido aos custos de transporte** (Sim; Não; Não tem que pagar para ir à consulta).
- **Atrasos na compra ou não tomou a medicação (HIV e outros) porque não a podia pagar** (Sim; Não; Não tenho que pagar pela minha medicação; Não estou a tomar medicação)
- **Sentir-se discriminado ou impedido devido à sua raça, etnia ou país de origem, desde que chegou em Portugal** (Sim; Nunca)
- **Tentativa de discriminação devido à sua orientação sexual** (Sim; Nunca)
- **Vítima de discriminação por viver com HIV, desde o período que está em Portugal** (Sim; Nunca).

Os possíveis fatores favoráveis e desfavoráveis (barreiras) no acesso aos serviços de saúde referidas pelos brasileiros no contexto do estudo aMASE serão analisados adotando-se as definições normativas das dimensões do acesso propostas pelo Comentário Geral nº 14/2000 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, bem como quando disponível a informação, à luz dos documentos provenientes do levantamento bibliográfico.

Reitera-se que considerando os referenciais conceituais adotados neste trabalho, tal Comentário representa uma das iniciativas que favoreceram a análise sobre o cumprimento do direito humano à saúde nos países da ONU. A Recomendação nesse sentido estabelece definições em termos conceituais sobre o entendimento sobre o que deve ser exigido dos países em relação ao “acesso à saúde”, e, um referencial normativo como *soft law*²³ que serve para orientação da atuação dos Estados na garantia do acesso aos serviços de saúde das populações.

²³ Regras de natureza recomendatória, produzindo uma pletora de padrões técnicos, guias e boas práticas (BURCII, 2012 apud VENTURA; PEREZ, 2014).
 VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014.

Além disso, a Recomendação, que visa alcançar mais alto patamar de saúde física e mental reforça a necessidade de valorização de uma cultura de direitos humanos mediante abordagens complementares (UNESCO, 2013), como propõe esse estudo, analisando dados relativos a estudos epidemiológicos nessa perspectiva.

Desse modo, as variáveis utilizadas para indicar a situação das barreiras no acesso foram alocadas em dois grupos:

A) Características dos usuários dos serviços que podem demonstrar-se como vulnerabilidades para a concretização de tal direito (Gênero; Orientação sexual; Nível de escolaridade; Status de imigração/ Situação migratória autodeclarada; Situação perante o trabalho; Salário mensal);

B) Dimensões do acesso aos serviços de saúde (disponibilidade; acessibilidade - com as suas 4 subdimensões-; aceitabilidade; qualidade) propostas no “Comentário Geral nº 14/2000 descritas anteriormente. As variáveis que integram este segundo agrupamento estão dispostas no Quadro 01.

Pondera-se que a finalidade das análises bivariadas destes dois grupos foi testar associações que poderiam indicar características ou condições relacionadas a vulnerabilidades individuais e a ocorrência de dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se, que este não foi o objetivo do estudo aMASE e que essas aproximações visam ampliar a leitura dos importantes dados deste estudo.

Quadro 1 - Variáveis que integram as dimensões do acesso propostas pelo Comentário Geral nº 14/2000

Dimensão		Variável
Variável que demonstra o acesso em si		Dificuldades no acesso serviços de saúde
Disponibilidade		Possui Médico de Medicina Geral e Familiar
Acessibilidade	Acessibilidade não discriminação	Não identificou-se variável, dentre as selecionadas para integrar este trabalho, que pudesse compor essa dimensão.
	Acessibilidade física	Utilização de serviços de saúde em Portugal dois anos antes de ter sido diagnosticada com a infecção por HIV
	Acessibilidade de informação	Menção sobre o teste do HIV no serviço de saúde, quando utilizou o serviço, dois anos do diagnóstico Contato com associações, instituições de caridade ou organizações comunitárias que prestam apoio

		às pessoas que vivem com HIV Conhecimento ou realização da Profilaxia Pós-Exposição (PPE/PEP)
	Acessibilidade econômica	Faltar a consulta de HIV devido aos custos de transporte Atrasos na compra ou não tomou a medicação (HIV e outros) porque não a podia pagar
Aceitabilidade		Sentir-se discriminado ou impedido devido à sua raça, etnia ou país de origem, desde que chegou em Portugal Tentativa de discriminação devido à sua orientação sexual Vítima de discriminação por viver com HIV, desde o período que está em Portugal
Qualidade		Não identificou-se outras variáveis, dentre as selecionadas

4.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

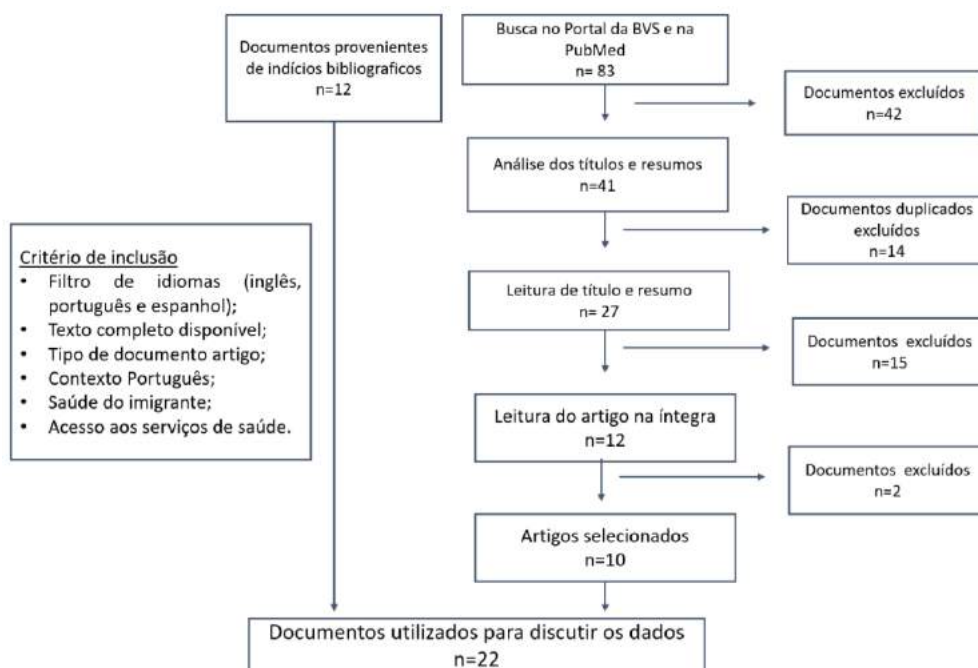
Para subsidiar a contextualização da problemática, análise e discussão dos resultados, realizou-se levantamento bibliográfico com busca por descritores em biblioteca virtual (Biblioteca Virtual em Saúde -BVS- e PubMed), durante o mês de setembro de 2018. Para a formulação da base conceitual da análise recorreu-se a literatura indicada no curso de graduação e na bibliografia resultante do levantamento nas bibliotecas virtuais sobre o tema dos direitos humanos e o acesso à saúde. Além de documentos normativos da ONU como a Recomendação do Comitê de Monitoramento do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) N.º 14, que serviu na elaboração do plano análise.

As expressões de busca utilizadas na BVS foram: “Acesso à saúde AND Imigração AND Portugal”; “Assistência à saúde AND imigração AND Portugal”; “Imigrantes AND HIV AND Portugal”; “Acesso à saúde AND imigração AND Portugal AND Direitos Humanos”; “Assistência à saúde AND imigração AND Portugal AND Direitos Humanos” ; “Imigrantes AND HIV AND Portugal AND direitos humanos”. Já as expressões selecionadas para serem empregadas na busca no PubMed foram:

“Immigrants AND Health Services Accessibility AND Portugal”; “Health Services Accessibility AND migration AND Portugal”; “Immigrants AND HIV AND Portugal”; “Immigrants AND Health Services Accessibility AND HIV AND Portugal”; “Immigrants AND Health Services Accessibility AND Portugal AND Human Rights”; “Health Services Accessibility AND migration AND Portugal AND Human Rights”; “Immigrants AND HIV AND Portugal AND Human Rights”; “Immigrants AND Health Services Accessibility AND HIV AND Human Rights AND Portugal”; .

Nessas buscas, surgiram um total de 83 artigos. Com a aplicação do filtro de idiomas (inglês, português e espanhol), texto completo disponível e artigo como o tipo de documento, 41 artigos foram selecionados. Destes, 14 documentos eram repetidos, restando 27 para análise de título e resumo. Como resultado da leitura dos resumos, restaram 12 artigos para leitura integral. Desse quantitativo, 10 atendiam ao objetivo proposto no levantamento. Além disso, foram adicionados 12 documentos que são provenientes de indícios bibliográficos, ou seja, do acervo pessoal (por exemplo, documentos lidos ao longo da graduação; registros oriundos de outras sistemáticas de busca). Com isso, recorreu-se a um total de 22 bibliografias para análise dos dados (Figura 01).

Figura 1 - Quantificação dos documentos provenientes do levantamento bibliográfico e de indícios bibliográficos



5 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) brasileiro nº 510, de 07/04/2016, no parágrafo único, inc. V art. 1, isenta de análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estudos que tratam de bancos de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual. Este trabalho de conclusão de curso, portanto, está isento de registro e avaliação no sistema do Comitê de ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), considerando que o banco de dados analisado não permite identificação e constituído com permissão das instâncias éticas locais (Anexo A) para a realização do estudo aMASE.

O fato da liberação da análise do Comitê Ético institucional, conforme regulamentação brasileira, não isenta o pesquisador de deveres éticos. Nesse sentido, o estudo foi desenvolvido observando-se as questões relacionadas à integridade da pesquisa, bem como o compromisso com a instituição e grupo de pesquisa que forneceu os bancos para análise, mediante permissão expressa em um acordo de utilização dos dados.

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO SÓCIO ECONÔMICA E COMPORTAMENTAL DE IMIGRANTES BRASILEIROS, VIVENDO COM HIV, EM PORTUGAL

Foram entrevistados 67 brasileiros imigrantes vivendo com HIV/AIDS, o que equivale a 36,8% da amostra recrutada em Portugal, que por sua vez é constituída por 182 participantes. Mais de dois terços da amostra foi composta por homens (73,1%), 22,4% constituída por mulheres; a frequência de transgêneros masculino e feminino foi baixa (n=3; 3%). A orientação sexual referida com maior frequência foi a homossexual (53,7%), seguida pela heterossexual (29,9%) e bissexual (11,9%). Dentre as 36 pessoas (53,7% da amostra de 67 brasileiros) que autodeclararam orientação homossexual, 50,7% (n=34) foram homens; dentre os 20 indivíduos (29,9% dos 67 participantes do estudo) que disseram ser heterossexual, 19,4% (n=13) foram mulheres. No grupo das oito pessoas (11,9% da amostra de 67 pessoas) que declararam serem bissexuais, todas eram do gênero masculino. No conjunto das três pessoas (4,5% do total de 67 entrevistados) que indicaram inseriram-se na categoria outras, uma pessoa foi do gênero feminino; uma do masculino; e uma transgênero masculino (Tabela 1).

Em relação à idade dos brasileiros, 92,5% situa-se na faixa etária adulta (24 a 59 anos), seguido pelos adolescentes (6%) e os idosos (1,5%). Sobre o nível educacional, 67,2% dos participantes possuíam o Ensino Médio e 13,4% apresentavam formação de ensino superior ou equivalente (Tabela 01).

As variáveis relacionadas à nacionalidade bem como a situação migratória são imprescindíveis na caracterização dos participantes da subamostra em questão e da situação deste participante no momento da entrevista. Em relação à nacionalidade autodeclarada, houve 95,5% brasileiros e 4,5% portugueses. Quanto à dupla nacionalidade, 23 pessoas (34,3%) referiram apresentá-la, sendo deste conjunto um caso de dupla nacionalidade belga/ portuguesa (sendo a naturalidade brasileira) e os demais foram relatos de dupla nacionalidade brasileira/portuguesa. Sobre a situação migratória, na qual permitiu-se assinalar mais de uma opção de resposta, houve 88 respostas. Dentre estas ninguém referiu estar em situação ilegal e a maioria reportou ser cidadão de Portugal ou da União Europeia (44,1%), seguido das autorizações de

residência temporária (20,5%) e permanente (18,1%) no país. Não houve casos de pedido de asilo e estatuto de refugiado (Tabela 1).

Em relação ao aspecto da integração social e condição socioeconômica, as variáveis relativas ao vínculo empregatício, salário mensal, estado civil e possuir filhos podem revelar esses fatores. Quanto à situação empregatícia dos imigrantes, na qual permitiu-se assinalar mais de uma opção de resposta, houve 78 respostas. Dentre estas, 60,3% indicaram ser trabalhadores em tempo integral ou parcial, enquanto 10,3% disseram estar desempregados. Houve uma resposta que indicou estar impossibilitada de trabalhar por questões de migração. Não houveram respostas assinaladas nas categorias do questionário “impossibilitado(a) de trabalhar (baixa médica por doença de longa duração ou incapacidade)” e “aposentado(a)”. Sobre apresentar uma fonte de renda, 71,6% dos 67 brasileiros entrevistados declararam que a possui, enquanto 22,4% disseram que não possuem uma fonte de renda. No que tange ao estado civil da amostra de brasileiros, 53,8% declararam-se casados ou viviam com um companheiro(a), e 37,4% estavam solteiros. Sobre a presença de filhos, a maior dos participantes (71,6%) declararam não possuir (Tabela 01).

Outras variáveis importantes sobre os aspectos da integração social e condição socioeconômica são as que revelam o tempo no país de acolhimento e a residência dos entrevistados. Quando indagados sobre o ano de chegada em Portugal, três pessoas dentre os 67 brasileiros não responderam este questionamento. Identificou-se que o período entre os anos 2000 e 2004 representou a maior chegada dos brasileiros recrutados para o estudo, com 41,8% dos respondentes referenciado este intervalo de tempo. Em relação a unidade territorial de residência²⁴ (NUTS II), 85,1% dos brasileiros reportaram viverem na área metropolitana de Lisboa (Tabela 1).

²⁴ Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro. Regulamento (CE) N.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Maio de 2003, relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS). Conforme indicam Moreira e Matias (2011), em Portugal a estrutura hierárquica dos NUTS divide-se em NUTS I (3 unidades), correspondentes ao território do continente e de cada uma das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; NUTS II (7 unidades), por sua vez subdivididas em NUTS III (30 unidades) e respetivamente por municípios (308).

Tabela 1 - Descrição sócio-demográfica dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015

Características da amostra	n	%
Gênero (N=67)		
Masculino	49	73,1
Feminino	15	22,4
Transgênero masculino	2	3,0
Transgênero feminino	1	1,5
Orientação Sexual (N=67)		
Homossexual	36	53,7
Heterossexual	20	29,9
Bissexual	8	11,9
Outras (transgênero, AAAAAA, NORMAL)	3	4,5
Faixa etária na entrevista (N=67)		
15-23	4	6,0
24-59	62	92,5
60 ou mais	1	1,5
Escolaridade (N=67)		
Menos que o ensino fundamental ou ensino fundamental incompleto	6	9,0
Ensino fundamental	7	10,4
Ensino Médio	45	67,2
Ensino superior ou equivalente	9	13,4
Nacionalidade (N=67)		
Brasileiro(a)	64	95,5
Portuguesa	3	4,5
Dupla nacionalidade (N=67)		
Sem dupla nacionalidade	44	65,7
Com dupla nacionalidade	23	34,3
Situação migratória autodeclarada*		
Cidadão de Portugal e/ou da União Européia	39	44,4
Autorização de residência temporária em Portugal	18	20,5
Autorização de residência permanente em Portugal	16	18,1
Em Portugal com visto	7	8,0
Outros ¹	8	9,0
Situação empregatícia*		
Trabalhador em tempo integral/ tempo parcial	47	60,3
Desempregado	18	23,0
Estudante/em formação profissional em tempo integral	8	10,3

Outros ²	5	6,4
Presença de fonte de renda (N=67)		
Possui um salário	48	71,6
Não possui um salário	15	22,4
Prefere não responder	4	6,0
Estado civil (N=67)		
Casado(a) ou vivendo como casal	36	53,8
Solteiro	25	37,4
Em um relacionamento, mas a viver separadamente	6	9,0
Presença de filhos (N=67)		
Sim	17	25,4
Não	48	71,6
Prefere não responder	2	3,0
Ano de chegada em Portugal (N=67)		
1976-1994	1	1,5
1995-1999	2	3,0
2000-2004	28	41,8
2005-2009	26	38,8
2010-2014	7	10,4
Omisso	3	4,5
Unidade territorial de residência (NUTS II) (N=67)		
Área Metropolitana de Lisboa	57	85,1
Norte	6	9,0
Centro	3	4,5
Alentejo	1	1,5

* Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas.

¹ Pedido de residência submetido; Nenhum dos acima mencionados; Não soube responder.

² Não autorizado a trabalhar razões de imigração; Trabalhador voluntário; Doméstico.

A vulnerabilidade individual à infecção HIV é uma dimensão importante que também pode apontar as vias de infecção para o HIV/AIDS que as pessoas em geral, e em especial os imigrantes, podem estar suscetíveis. Quando questionados sobre a ocorrência de relações sexuais nos últimos 12 meses, uma pessoa relatou nunca ter tido relações sexuais e 86,6% confirmaram terem tido relações sexuais nesse intervalo de tempo. Em relação à regularidade do uso de preservativo nas relações sexuais, desde o momento do diagnóstico da infecção por HIV, 62,1% dos respondentes informaram utilizar sempre e 21,2% fizeram uso na maior parte das vezes. Sobre o uso de drogas nos últimos 5 anos, 65,7% dos brasileiros relataram não terem consumido nenhuma droga. Os 22 (32,8%) participantes que disseram ter

utilizado alguma substância, relataram 46 respostas que sinalizavam o consumo segundo efeito. Dentre as 46 respostas, metade referiram-se às drogas alucinógenas, 43,5% diziam respeito às drogas estimulantes e 6,5% às drogas de efeito depressor. (Tabela 02).

O ano que os entrevistados tiveram o diagnóstico do HIV é um elemento importante para a compreensão de possíveis barreiras de acesso em razão do seu status migratório e sorológico. Identificou-se que o período entre os anos 2013 e 2014 representou os anos com mais diagnósticos dentre os brasileiros recrutados para o estudo, com 38,8% dos respondentes feito referência a este intervalo de tempo (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição comportamental e de ano de diagnóstico dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015

Características da amostra	n	%
Relações sexuais nos últimos 12 meses (N=67)		
Sim	58	86,6
Não nos últimos 12 meses	8	11,9
Nunca teve relações sexuais	1	1,5
Frequência utilização preservativo a partir do momento que foi diagnosticado (N=66)		
Sempre	41	62,1
A maior parte das vezes	14	21,2
Ocasionalmente	2	3,0
Nunca	6	9,1
Nenhuma das anteriores	2	3,0
Prefere não responder	1	1,5
Drogas consumidas durante os últimos 5 anos		
Nenhuma	44	65,7
Sim, consumiu*	22	32,8
Drogas alucinógenas do Sistema Nervoso Central ¹	23	50,0
Drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central ²	20	43,5
Drogas depressoras do Sistema Nervoso Central ³	3	6,5
Omisso	1	1,5
Ano de diagnóstico do HIV (N=67)		
2009 - 2010	16	23,9

2011-2012	23	34,3
2013-2014	26	38,8
2015	2	3,0

*Nota: As subcategorias desta categoria não são mutuamente exclusivas. O percentual destas subcategorias foi calculado levando-se em consideração o quantitativo total de respostas atribuídas à elas.

¹ Cannabis; Ecstasy; Ácidos, Dietilamida do ácido lisérgico (LSD).

² Anfetaminas; Cocaína ou Coca; Crack; Ketamina; Metanfetamina; Nitratos.

³ Heroína; Ácido Gama hidroxibutírico (GHB) e Ácido Gama Butil-lactona (GBL).

6.2 OCORRÊNCIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE IMIGRANTES BRASILEIROS, VIVENDO COM HIV, EM PORTUGAL

Quanto às dificuldades no acesso aos serviços de saúde, 55,2% dos 67 participantes disseram não ter vivenciado dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, 44,8% indicaram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Dentre este grupo que relatou dificuldades, houve a possibilidade de assinalar mais de uma opção de resposta, o que totalizou 53 respostas. Dentre estas respostas 37,8% referiram a existência de longas listas de espera para uma consulta ou no Centro de Saúde; 26,4% indicaram o fato de não ter sido atribuído um médico de Medicina Geral e Familiar; 15,0% sinalizaram não confiar que o Centro de Saúde ou o médico de Medicina Geral e Familiar mantenha os seus dados confidenciais (Tabela 3).

No que tange à utilização dos serviços de saúde em Portugal nos dois anos anteriores ao diagnóstico da infecção pelo HIV, duas pessoas da amostra recrutada não responderam esse questionamento e duas não utilizaram o serviço. Dentre as 63 pessoas que relataram o uso de algum serviço de saúde, foi possível selecionar selecionar mais de uma opção de serviço que foi utilizado, o que totalizou 113 respostas. Deste total, as mais referidas foram serviço de urgência (23,0%); seguido de consulta externa (22,1%); ida ao dentista (19,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das frequências das dificuldades referidas no acesso aos serviços de saúde e a utilização dos serviços de saúde, dois anos antes, no país de acolhimento, do diagnóstico da infecção pelo HIV, por imigrantes brasileiros participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015

Dificuldades no acesso e serviços utilizados	n	%
Dificuldades no acesso serviços de saúde (N=67)		
Sem dificuldades	37	55,2
Com dificuldades*	30	44,8
Existência de longas listas de espera para uma consulta ou no Centro de Saúde	20	37,8
Não foi atribuído um médico de Medicina Geral e Familiar	14	26,4
Não confia que o Centro de Saúde ou o médico de Medicina Geral e Familiar mantenha os seus dados confidenciais	8	15,0
Possui algumas dúvidas acerca dos direitos de acesso aos serviços de saúde	7	13,2
Outras ¹	4	7,6
Serviços de saúde utilizados dois anos antes do diagnóstico (N=67)		
Não utilizou o serviço de saúde	2	3,0
Utilizou o serviço de saúde*	63	94,0
Serviço de urgência	26	23,0
Consulta externa	25	22,1
Dentista	22	19,4
Médico de Medicina Geral e Familiar	19	16,8
Internação hospitalar	12	10,6
Outros ²	9	8,0
Omisso	2	3,0

*Nota: As subcategorias que compõem a categoria "com dificuldades" e "utilizou o serviço de saúde" não são mutuamente exclusivas.

¹ Os horários de funcionamento dos serviços de saúde são inconvenientes para o respondente; Apresenta dificuldades em comunicar com a equipe devido a diferenças linguísticas; Não sabe onde encontrar um Médico de Medicina Geral e Familiar.

² Consulta pré-natal devido a gravidez; Clínica de doenças sexualmente transmissíveis; Consulta de planeamento familiar / Consulta de interrupção voluntária da gravidez; Serviço ou consulta de Psiquiatria.

Nesta seção dos resultados, explora-se mediante análise bivariada as variáveis que possibilitam melhor compreender o perfil dos participantes que referiram pelo menos uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde, de maneira a apontar possíveis vulnerabilidades individuais neste processo.

A descrição bivariada do gênero, orientação sexual e nível de escolaridade dos brasileiros integrantes do estudo quanto à ocorrência de dificuldades no acesso, possibilita realizar uma articulação com as vulnerabilidades individuais em relação ao direito de acesso aos serviços de saúde. Na amostra, 53,3% das 15 mulheres participantes do estudo referiram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, enquanto a maioria (55,1%) dos 49 homens reportaram não apresentarem dificuldades. Por sua vez, tanto os transgêneros masculinos quanto femininos, que totalizaram 3 pessoas, não reportaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Tabela 4).

Quanto à orientação sexual, 61,1% dos 36 entrevistados que indicaram orientação homossexual referiram não terem dificuldades para acessar os serviços de saúde. Dentre os 20 que disseram ser heterossexuais 45% destes reportaram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso. Dos oito indivíduos que indicaram orientação bissexuais 75% destes também indicaram ter pelo menos uma dificuldades do acesso. Sobre o nível de escolaridade, a maioria das seis pessoas que referiram possuir menos que o ensino fundamental ou ensino fundamental incompleto indicaram não terem tido dificuldades no acesso (66,7%, n=4), assim como 57,1% das sete pessoas que declararam possuir ensino fundamental e 55,6% dos 45 entrevistados que disseram ter ensino médio completos. Por sua vez, dentre os nove indivíduos que indicaram possuir ensino superior ou equivalente, 55,6% mencionaram a existência de dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Tabela 4).

No que refere-se à descrição da situação migratória dentre as 39 respostas relativas à ser cidadão de Portugal e/ou da União Européia, 51,3% (n=20) destas comunicaram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso. Das 18 respostas que declararam ter autorização de residência temporária 66,7% disseram ter pelo menos uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde Das 16 respostas que disseram apresentar autorização de residência permanente, 25% destas indicaram a ocorrência de dificuldade no acesso (Tabela 4).

No que tange à descrição da situação empregatícia, os entrevistados puderam selecionar mais de uma possibilidade de respostas, o que as torna não mutuamente exclusivas. Dentre as 47 respostas relativas à trabalhar em tempo integral e/ou parcial, 51,1% (n=24) destas comunicaram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso. Das 47 respostas que disseram trabalhar em tempo integral ou parcial, 51%

destas indicaram a ocorrência de dificuldade no acesso. Das 18 respostas que declararam situação de desemprego 38,9% referiram dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Relativamente à fonte de renda, 44% dos 48 entrevistados que disseram possuir fonte de renda relataram, pelo menos uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde, 40% das 15 pessoas que não possuem fonte de renda informaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição das frequências de eventos ou condições favoráveis e desfavoráveis ao acesso aos serviços por imigrantes brasileiros, vivendo com HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015

Perfil dos participantes	Sem dificuldades		Com dificuldades		p valor
	n	%	n	%	
Gênero (N=67)					0,580 ¹
Masculino	27	55,1	22	44,9	
Feminino	7	46,7	8	53,3	
Transgênero masculino	2	100,0			
Transgênero feminino	1	100,0			
Orientação sexual (N=67)					0,321 ¹
Homossexual	22	61,1	14	38,9	
Heterossexual	11	55,0	9	45,0	
Bissexual	2	25,0	6	75,0	
Outra (transgênero, AAAAAA, NORMAL)	2	66,7	1	33,3	
Nível de escolaridade (N=67)					0,882 ¹
Menos que o ensino fundamental	4	66,7	2	33,3	
Ensino fundamental	4	57,1	3	42,9	
Ensino médio	25	55,6	20	44,4	
Ensino superior ou equivalente	4	44,4	5	55,6	
Situação migratória autodeclarada*					
Cidadão de Portugal e/ou da União Européia	19	48,7	20	51,3	
Autorização de residência temporária em Portugal	6	33,3	12	66,7	
Autorização de residência permanente em Portugal	12	75,0	4	25,0	
Outros ²	5	62,5	3	37,5	
Situação empregatícia*					
Trabalhador a tempo integral/ tempo parcial	23	48,9	24	51,1	
Desempregado	11	61,1	7	38,9	
Estudante/em formação profissional a tempo integral	5	62,5	3	37,5	

Outros (Não autorizado a trabalhar razões de imigração; Trabalhador voluntário; Doméstico)	5	100,0		
Presença de fonte de renda (N=67)				0,396 ¹
Possui fonte de renda	27	56,0	21	44,0
Não possui fonte de renda	9	60,0	6	40,0
Prefere não responder	1	25,0	3	75,0

*Nota: As categorias de resposta não são mutuamente exclusivas.

¹ Teste Estatístico de Fisher (p valor:significância exata 2 lados).

² Pedido de residência submetido; Nenhum dos acima mencionados; Não soube responder.

Neste momento, detalha-se a descrição bivariada de eventos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao acesso aos cuidados de saúde.

Selecionou-se como pertinente a variável que visa saber se o participante do estudo possui um médico(a) de medicina geral e familiar em Portugal. Dentre os 33 indivíduos que apresentam essa especialidade médica no Centro de Saúde 69,7% destes disseram não terem dificuldades no acesso aos serviços de saúde, enquanto entre os 34 entrevistados que disseram não ter um médico de medicina geral e familiar, 58,8% reportaram dificuldades (Tabela 5).

Em relação ao contato com Organizações Não-Governamentais (ONGs), no grupo dos quatro entrevistados que indicaram apresentar, 75% declararam não ter tido dificuldades no acesso, enquanto dentre os 63 brasileiros que disseram não possuir contato com ONGs, 54% referiram não terem tido dificuldades no acesso (Tabela 5).

Quanto ao conhecimento sobre e/ou realização de profilaxia pós-exposição (PEP), dentre as 37 pessoas que nunca tinham ouvido falar da mesma, 40,5% relataram dificuldades no acesso. Entre os 22 entrevistados que já ouviram falar da PEP, 45,5%, também referiram dificuldades. Na amostra de brasileiros recrutados para o estudo, uma pessoa não respondeu esta questão (Tabela 5).

No que concerne à menção ou questionamento sobre o teste HIV, quando o entrevistado utilizou o serviço de saúde em Portugal, nos dois anos antes de ter sido diagnosticado como portador do vírus HIV, 52,6% das 19 pessoas que disseram isso foi perguntado a eles, informaram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso. Dentre as 35 pessoas que não foram questionadas quanto a isso, 45,7% informaram que tiveram pelo menos uma dificuldade no acesso (Tabela 5).

Dentre os cinco entrevistados que faltaram à consulta de HIV devido aos custos do transporte, 20% disseram ter dificuldades; enquanto dentre os 60 participantes que conseguiram arcar com o custo, 46,7% mencionaram terem tido dificuldades no acesso (Tabela 5).

Quanto ao atraso no uso das medicações (HIV e outras) porque o entrevistado não podia pagar, dentre as seis pessoas que passaram por tal situação, 16,7% referiram a dificuldades por esta razão. Dos 18 entrevistados que puderam pagar pela medicação, 42,9% relataram ter tido pelo menos uma dificuldade no acesso a medicamentos na rede pública. Entre os 19 participantes que disseram não precisarem pagar pelos medicamentos, 52,6% não tiveram dificuldades (Tabela 05).

Quanto a sentir-se discriminado ou impedido de fazer algo devido à raça/etnia ou país de origem, dentre os 35 brasileiros vivenciaram essa situação, 48% referiram dificuldades no acesso; dos 32 participantes que não relataram a ocorrência desta situação, 40,6% disseram terem tido pelo menos uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

No que tange à discriminação devido à orientação sexual, dentre os 25 entrevistados que referiram episódios desta natureza, 48% (n=17) disseram ter tido dificuldades para o acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, dentre os 42 entrevistados que não relataram a ocorrência de discriminação, 40,5% destes disseram ter tido pelo menos uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

Dentre os 11 entrevistados que referiram sentir-se vítima de discriminação por viver com HIV, 54% disseram ter tido dificuldades para o acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, dentre os 55 entrevistados que não relataram a ocorrência de discriminação, 41,8% destes disseram ter tido pelo menos uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição de eventos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao acesso, segundo dificuldades no acesso aos serviços de saúde, por imigrantes brasileiros, vivendo co HIV, participantes do estudo aMASE. Portugal, 2013-2015

Eventos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao acesso	Sem dificuldades		Com dificuldades		p valor
	n	%	n	%	
Possui Médico de Medicina Geral e Familiar (N=67)					0,027 ¹
Sim	23	69,7	10	30,3	
Não	14	41,2	20	58,8	
Contato com ONGs (N=67)					0,622 ²
Sim	3	75,0	1	25,0	
Não	34	54,0	29	46,0	
Conhecimento e/ou realização PEP (N=67)					0,650 ²
Nunca ouviu falar da PEP até hoje	22	59,5	15	40,5	
Já ouviu falar da PEP	12	54,5	10	45,5	
Já ouviu falar e sugeriu que alguém a fizesse	3	42,9	4	57,1	
Preferiu não responder			1	100,0	
Menção ao teste HIV quando utilizou serviços de saúde em Portugal, dois anos antes de ser diagnosticado (N=67)					0,359 ²
Sim	9	47,4	10	52,6	
Não	19	54,3	16	45,7	
Não recorda	3	100,0			
Omissos	67	14,9			
Faltou consulta devido ao custo do transporte (N=67)					0,684 ²
Sim	4	80,0	1	20,0	
Não	32	53,3	28	46,7	
Não precisa pagar para ir à consulta	1	50,0	1	50,0	
Atrasos uso medicações por não ter condições de pagar (N=67)					0,432 ²
Sim	5	83,3	1	16,7	
Não	16	57,1	12	42,9	
Não tem que pagar pelos medicamentos	10	52,6	9	47,4	
Não está a tomar medicação	6	42,9	8	57,1	
Sentir-se discriminado ou impedido de fazer algo devido à raça, etnia, país de origem (N=67)					0,757 ²
Sim	18	52,0	17	48,0	
Nunca	19	59,4	13	40,6	
Tentativa de discriminação devido à orientação sexual (N=67)					0,184 ²
Sim	12	48,0	13	52,0	
Nunca	25	59,5	17	40,5	
Vítima de discriminação por viver com HIV (N=67)					0,773 ²
Sim	5	46,0	6	54,0	
Nunca	32	58,2	23	41,8	
Preferiu não responder			1	100,0	

¹ Teste Estatístico Qui-quadrado de Pearson (p valor:significância exata 2 lados).

² Teste Estatístico de Fisher (p valor:significância exata 2 lados).

7 DISCUSSÃO

7.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES E SUA RELAÇÃO COM O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A maior expressividade dos homens na amostra pode ser analisada sob dois aspectos. O primeiro refere-se a composição de imigrantes em Portugal, sem considerar a sorologia para o HIV. Esse achado diverge da conformação apresentada pelos relatórios do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2016; SEF, 2017), onde as mulheres demonstram-se mais numerosas na estrutura da população residente quando comparada aos homens. A segunda maneira de discutir esse dado é com o foco na condição sorológica para o HIV: em Portugal, até ao final de 2012, foram notificados 42.580 casos de HIV, dos quais 31.255 (73,4%) eram em homens (PAQUETTE *et al.*, 2010 apud MEIRELES, 2015). Nos relatórios divulgados pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA entre os anos de 2013 e 2018 (SNS, 2013 - 2018): as regiões de origem dos imigrantes, no caso brasileiro refere-se à América Latina, não apresentaram a distribuição dos casos segundo gênero, apenas segundo sexo, nesse sentido, não é possível identificar transexuais feminino e masculino nestes relatórios consultados.

Os dados consolidados do universo total de participantes do estudo aMASE, nos nove países participantes, indicam que a maioria dos imigrantes homens apresentam orientação homossexuais ou bissexuais (ALVAREZ-DEL ARCO *et al.*, 2017), o que corrobora com o dado encontrado na amostra de brasileiros em Portugal. O resultado do aMASE realizado na Espanha (NDUMBI *et al.*, 2018) indicou que a maior parte dos integrantes de sexo masculino mencionaram que a forma de transmissão do vírus HIV ocorreu através de relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, o que pode indicar prática sexual relacionada a à orientação sexual homossexual e, nesse sentido corrobora com o achado do presente estudo sobre os brasileiros com HIV/Aids em Portugal.

Nos relatórios divulgados pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA entre os anos de 2013 e 2018 (DINIZ *et al.*, 2013, 2014, 2015; ALDIR *et al.*, 2017, 2018), os casos de HIV são apresentados segundo o modo de transmissão, porém sem associá-la com a nacionalidade dos inquiridos, o que poderia ser um dado

interessante para melhor compreender a conformação dos casos de HIV entre a população imigrante.

Segundo o estudo de Dias *et al.*, (2014) que teve a finalidade de analisar o comportamento sexual de risco, seus fatores associados e a infecção pelo HIV entre os imigrantes oriundos de diversos países (com maior representação de brasileiros e pessoas oriundas de países africanos), residentes em Lisboa, observou-se dentre os entrevistados uma maior distribuição etária entre 25 e 44 anos o que corrobora com a faixa etária dos brasileiros entrevistados no aMASE em Portugal. A faixa etária mais presente neste trabalho alinha-se ainda aos dados do SEF (2017, p. 14), que indicam maior preponderância, do grupo etário 20-39 anos, entre a comunidade imigrante como um todo.

O cenário português de quase 20 atrás, com base no recenseamento geral da população, aponta que a maioria dos imigrantes brasileiros possuía Ensino Médio completo (MALHEIROS *et al.*, 2007). O presente estudo aponta a manutenção desse perfil na amostra dos brasileiros do aMASE.

O estudo de Egreja e Peixoto (2013) sobre a situação laboral do caso de imigrantes brasileiros em Portugal, também corrobora com os dados analisados no estudo ora apresentado, considerando que metade da amostra do aMASE tinha concluído o Ensino Médio, o que equivale a ter 12 anos de estudo, com poucos casos de pessoas que tinham um Ensino Superior, uma Pós-Graduação ou uma formação técnica. Por conseguinte, esta característica do imigrante pode ser desfavorável e acarretar em uma menor chance de uma boa inserção no mercado de trabalho, consequentemente repercutir em uma insuficiente ou baixa remuneração mensal, adotando como referência o salário mínimo. O nível de escolaridade relatado no aMASE pode ser, em parte, um reflexo desses dois aspectos destacados em relação aos imigrantes. O primeiro refere-se ao contexto brasileiro de investimento e acesso injusto à educação, o que pode ocasionar desiguais formações educacionais. O segundo diz respeito a não terem conseguido dar continuidade aos estudos ou outro tipo de qualificação no país de acolhimento. Contudo, o perfil educacional de imigrantes do aMASE apresenta-se mais elevado quando comparado à descrição da população brasileira no ano de 2015, quando mais da metade da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução até o ensino fundamental completo ou equivalente (IBGE, 2015). Isso leva a uma terceira

hipótese: a maioria dos brasileiros que conseguem imigrar possuem algum tipo de privilégio social quando comparado aos que permanecem no país.

Os estudos de Dias e colaboradores publicados nos anos de 2013 e 2014 indicaram que a maior parte dos imigrantes (com os brasileiros apresentando um quantitativo expressivo) declarou receber um salário suficiente. Já no estudo de Dias de 2008 a remuneração mensal do grupo de brasileiro era insuficiente para a execução das atividades cotidianas. Apesar destes estudos terem objetivos diferentes na mensuração da renda mensal recebida, o que dificulta a comparação com os dados deste trabalho, pode-se levantar a hipótese de que quem referiu a remuneração insuficiente receba em média um salário mínimo (um pouco a mais ou um pouco menos), e conforme exposto nestes artigos tal contexto expressa iniquidades sociais que refletem na situação de saúde de tais imigrantes. Nesse sentido, essa percepção pode corroborar com os achados deste trabalho. Importante destacar que em relação ao estudo aMASE conduzido na Espanha teve-se que a maioria das imigrantes do sexo feminino que integraram a amostra não souberam responder a respeito da sua renda, o que pode induzir já dentre os homens a maior parte mencionou que não recebem o seu próprio salário (NDUMBI *et al.*, 2018).

O fato de serem imigrantes e viverem com HIV pode ocasionar uma maior ocorrência de atitudes e situações discriminatórias e o consequente isolamento social desta população no país de acolhimento, diferenciando-os, inclusive, de outros imigrantes brasileiros. Os estudos levantados (DIAS *et al.*, 2008, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2013) indicam em seus resultados que a maior parcela dos imigrantes de diversas nacionalidades participantes do estudo estavam em situação legal ou apresentavam licença para residência no país, o que vai ao encontro do achado deste trabalho. Em 2017, a nacionalidade brasileira foi a que obteve o maior quantitativo de pareceres do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, relativos à titularidade de visto ou autorização de residência (SEF, 2017, p. 18). No que tange à ausência de imigrantes em situação irregular, o receio de buscar o serviço de saúde e expor a condição de ilegalidade, bem como o desconhecimento de que o acesso em Portugal é facultado legalmente, independente da situação migratória, porém com trâmites diferentes burocráticos para alcançar tal direito, pode ter colaborado para a não captação de tais imigrantes no estudo.

O predomínio de brasileiros que trabalham está coerente com os resultados das pesquisas realizadas por Dias *et al.*, (2008, 2013, 2014), onde os brasileiros

representaram o maior percentual dentre a totalidade das nacionalidades, e a maioria estava empregada.

A publicação do aMASE sobre uma síntese dos países participantes indica que a maioria dos imigrantes integrantes eram casados e não possuem filhos, o que está alinhado aos achados da amostra de brasileiros em Portugal (ALVAREZ-DEL ARCO *et al.*, 2017). Por outro lado, no estudo de Dias *et al.*, (2014) identificou-se que a maioria dos imigrantes, de diversas nacionalidades, participantes deste estudo disseram não ser casados.

Nos estudos de Dias *et al.*, (2004, 2008, 2013) a maioria dos imigrantes do universo das nacionalidades inquiridas vivem no país há cerca de 5 a 9 anos, e na publicação sobre a amostra total dos países do estudo aMASE houve predomínio de relatos os imigrantes entrevistados viviam nos respectivos países de acolhimento há mais de 10 anos (ALVAREZ-DEL ARCO *et al.*, 2017), o que ratifica o levantamento do tempo vivido pelos brasileiros que participaram do aMASE, em Portugal.

O dado consolidado das amostras de todos os países integrantes do aMASE indicam a concentração do ano de diagnóstico da maioria dos entrevistados esteve entre os anos de 2010 e 2012 (ALVAREZ-DEL ARCO *et al.*, 2017), o que está parcialmente alinhado à série temporal proeminente no caso dos brasileiros. Ambos os dados tiveram o mesmo critério de inclusão dos participantes (ter o diagnóstico até 5 anos antes da data da entrevista). Nos relatórios publicados pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (DINIZ *et al.*, 2013, 2014, 2015) não está disponível para livre acesso a informação referente ao ano de diagnóstico segundo país ou região de origem, o que dificulta uma maior compreensão deste contexto.

A maior presença dos brasileiros em Lisboa está em conformidade com o que é esperado em relação à unidade territorial de residência devido tanto à localização e proximidade territorial dois dos cinco equipamentos de saúde participantes do estudo, quanto em razão da distribuição geográfica apontada pelo SEF (2017, p. 14), onde foram mais registrados na área litoral, em especial nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal.

As variáveis de cunho comportamental referente à atividade sexual nos últimos 12 meses e o consumo de drogas nos últimos 5 anos apresentaram-se de difícil comparação com a literatura pertinente levantada, dado que os achados bibliográficos não informam sobre estas questões e/ou não a relacionam com a nacionalidade do indivíduo.

Nos relatórios publicados pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA não está disponível a informação da frequência da utilização de preservativo a partir do momento em que foi diagnosticado, com o enfoque em pessoas que já estejam vivendo com HIV (DINIZ *et al.*, 2013, 2014, 2015). Porém, em relação ao uso de preservativo na última relação sexual, dados do estudo “*Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH*”, realizado em 2012, publicado no relatórios do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA indicou que 58,3% dos brasileiros (sem indicar a sorologia para o vírus HIV), não utilizaram preservativo na última relação sexual (DINIZ *et al.*, 2013, p. 71) . Um dos resultados da pesquisa de Dias *et al.* (2014) indica que a maioria dos imigrantes não receberam preservativos gratuitos nos últimos 12 meses. Em Portugal existe um Programa de Distribuição Gratuita de Preservativos, que no ano de 2014, foram distribuídos mais de 3 milhões preservativos no país (DINIZ *et al.*, 2015, p. 38).

7.2 EVENTOS OU CONDIÇÕES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A) Características dos usuários dos serviços

No estudo realizado por Dias *et al.* (2008), onde a nacionalidade brasileira integrou a maior parte da amostra, identificou-se que as mulheres das nacionalidades pesquisadas indicaram a ocorrência de mais barreiras no acesso. Ainda sobre o gênero feminino, um estudo português desenvolvido sobre as experiências da saúde materna de mulheres brasileiras em Portugal apontou a existência de duas perspectivas de avaliação opostas: uma visão positiva do sistema de saúde do país de acolhimento, enquanto outras apontaram que era semelhante em termos da qualidade dos serviços públicos (ALMEIDA; CALDAS, 2013). Quanto aos homens, estudos brasileiros discutem o fato dos brasileiros procurarem e utilizarem menos os serviços de saúde, o que de certa forma poderia explicar o fato dos homens terem referido menos dificuldades (PINHEIRO *et al.*, 2002; FIGUEIREDO *et al.*, 2005). Na bibliografia levantada não identificou-se relatos de transgêneros quanto à aspectos limitadores do acesso, o que pode contribuir para a ocorrência de conjunturas de maior vulnerabilidade, uma vez que ao não se conhecer as barreiras pelas quais passa essa população, o cenário dificilmente tenderia a alterar-se.

Na distribuição das frequências dos imigrantes brasileiros vivendo com HIV por dificuldades no acesso aos serviços de saúde segundo a orientação sexual chama atenção a distinção dos relatos de dificuldades no acesso aos serviços de saúde, pelas orientações homossexual e bissexual, tendo em vista que são duas orientações fora dos padrões heteronormativo existente na maioria das sociedades.

O fato das pessoas com ensino superior ou equivalente, em sua maioria, referirem-se a existência de dificuldades no acesso pode estar relacionado ao que Rocha *et al.* (2012) afirmam sobre a maior percepção da necessidade de procura dos serviços de saúde co-relacionada à maior escolaridade. Além desta literatura, no estudo aMASE desenvolvido na Espanha (NDUMBI, 2018) identificou-se que mulheres com alta qualificação relataram mais barreiras no acesso à saúde, o que pode corroborar, em alguma medida, também com os achados deste estudo. Por outro lado, Dias *et al.*, (2008) identificaram que os imigrantes, em Portugal, com mais de 10 anos de estudo foram significativamente associados com uma menor probabilidade de utilizar serviços de saúde.

A nacionalidade dos indivíduos, bem como o status migratório administrativo legal, como, por exemplo, a autorização de residência permanente e visto temporário, são atributos sociais que podem ser acompanhados de estigma, discriminação, dificuldades administrativas no acesso aos serviços de saúde e outros direitos sociais (tais como previdência e educação). O estudo de Dias *et al.*, (2011), que teve como finalidade identificar a perspectiva dos profissionais de saúde sobre as barreiras no acesso aos serviços de saúde, indica a importância de se considerar as limitações que os profissionais de saúde podem ter no que tange ao conhecimento do quadro legal do acesso aos serviços de saúde ou da sua aplicabilidade, o que pode acarretar no afastamento das comunidades imigrantes do sistema de saúde. Apesar de na amostra brasileira em Portugal não ter tido casos autodeclarados de situação migratória irregular, o estudo aMASE na Espanha refere tal condição como o principal fator de risco para a experimentação de barreiras (NDUMBI, 2018).

Pode-se supor que aqueles que trabalham em tempo integral possuem maior dificuldade de acesso; uma hipótese é o horário de atendimento, pois para aqueles que trabalham em tempo integral seria mais difícil de se ausentar do emprego para as consultas médicas, sendo esta uma das dificuldades reportada neste estudo pelos respondentes.

Apesar do Sistema de Saúde de Portugal conceder isenção na taxa moderadora às pessoas desempregadas, insuficientes economicamente para pagarem a taxa moderadora e aos que recebem cuidados de saúde referente ao HIV/AIDS, uma possível conjuntura individual de desemprego e baixo salário pode ocasionar discriminações estruturais em relação à tais respondentes.

Um estudo realizado sobre o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante em Portugal identificou-se que a presença de dificuldades financeiras é um dos problemas referidos por imigrantes brasileiros relacionada às condições de acesso aos serviços de saúde (BACKSTROM *et al.*, 2009). Apesar de ser permitido que os imigrantes solicitem a declaração de carência econômica junto da Segurança Social para isenção da taxa moderadora, possivelmente por desconhecimento legal ou administrativo desse procedimento não recorram a ele e o aspecto financeiro torne-se uma barreira no acesso. Nessa perspectiva, Topa *et al.*, (2013), indica que nos casos de migrações motivadas por razões econômicas, tais imigrantes tenderão a recorrer menos aos cuidados médicos.

B) Barreiras no acesso aos serviços de saúde

No contexto espanhol do estudo aMASE um menor percentual dos imigrantes também indicou ter vivenciado pelo menos uma barreira no acesso aos serviços de saúde, o que corrobora com o achado deste trabalho. Contudo, as tipologias de dificuldades mais indicadas (o tempo de espera para consulta; ausência de cartão de saúde), bem como as que tiveram menos reclamações (o aspecto da confidencialidade e a dificuldade em encontrar um médico de Medicina Geral e Familiar) foram diferentes do cenário português. Pode-se supor que as diferenças nos tipos de dificuldade podem ocorrer devido à divergências quanto a forma de organização e oferta de serviços em cada Sistema de Saúde. Os tipos das queixas mencionadas pelos brasileiros em Portugal também foram verificados em outros estudos que tinham como o público alvo populações imigrantes, mas sem necessariamente serem pessoas vivendo com HIV.

Na pesquisa conduzida por Dias *et al.*, (2008), com a nacionalidade brasileira compondo a maior parte da amostra, identificou-se como principais barreiras para o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde portugueses: o tempo de espera e a atitude dos profissionais dos serviços de saúde. Aspectos como mau atendimento

e longo tempo de espera foram as razões de insatisfação mais citadas pelos imigrantes participantes do estudo de Gonçalves *et al.* (2013). O aspecto da confidencialidade não foi mencionado em nenhum destes outros estudos, porém emerge no caso dos brasileiros vivendo com HIV pelo fato de ser uma condição de saúde comumente permeada por estigma e discriminação.

Na dimensão da **disponibilidade** inclui-se a variável que versa sobre possuir um médico(a) de medicina geral e familiar no Centro de Saúde. Considerando que os brasileiros participantes do estudo foram contactados em Hospitais que compõem a rede de referência em infectologia, questiona-se a efetividade do cuidado integral acessado por esses imigrantes, visto que os serviços e cuidados fornecidos pelo nível de atenção primário são relevantes para uma boa condição de saúde, especialmente para pessoas vivendo com HIV. O fato do indivíduo não estar cadastrado no Centro de Saúde já representa uma barreira no acesso aos serviços de saúde, no caso no nível de atenção primário.

A variável relativa aos serviços de saúde utilizados em Portugal nos dois anos anteriores ao diagnóstico da infecção pelo HIV compõe a subdimensão referente à **acessibilidade física**. Entende-se que não houve barreiras significativas na acessibilidade física no período referido. A partir desta subdimensão do acesso podem desdobrar-se outras dimensões, igualmente relevantes para melhor compreender o acesso em sua perspectiva integral. Por exemplo, mais adiante será discutida menção ou questionamento sobre o teste de HIV, quando utilizou-se um destes serviços. Quanto a outros estudos desenvolvidos com imigrantes, duas pesquisas realizadas em Portugal indicam que os imigrante utilizaram pelo menos, uma vez algum serviço de saúde, desde quando chegaram no país de acolhimento (DIAS *et al.*, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2013).

Quanto à **acessibilidade de informação** elencou-se as variáveis contato com ONGs; conhecimento sobre e/ou realização de profilaxia pós-exposição (PEP); menção ou questionamento sobre o teste HIV. O quantitativo de brasileiros do estudo que tiveram algum contato com as ONGs é pequeno (n=4), em vista do papel que elas apresentam no contexto de construção das respostas ao HIV/AIDS, bem como de apoio às pessoas vivendo com HIV. As ONGs tais como o GAT (Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/sida); SER+, Abraço são algumas das que possuem expressividade neste cenário. Nesse sentido, a hipótese de que as pessoas que possuem algum contato com ONGs, costumam apresentar menores dificuldades

no acesso aos serviços de saúde não é algo que pode ser plenamente afirmada nesta análise.

Percebe-se que a maioria dos brasileiros participantes do aMASE não têm acesso à informação sobre a PEP, uma vez que a maioria nunca tinha ouvido falar da mesma. Esse desconhecimento sobre tal modalidade de prevenção à infecção do HIV pode impactar na ausência ou em uma menor busca para realizar a PEP. Um estudo português sobre a Rede de Rastreio Comunitária (disponibilização de testes de HIV para serem feitos em locais além dos serviços tradicionais do Sistema Nacional de Saúde) indicou que 18% dos inquiridos (portugueses e imigrantes incluídos dentre os entrevistados) já ouviram falar da PEP (SIMÕES *et al.*, 2016).

Apesar da menção ou questionamento sobre o teste HIV, quando o entrevistado utilizou o serviço de saúde, em Portugal, nos dois anos antes de ter sido diagnosticado como portador do vírus HIV, demonstrar que houve a entrada do usuário no serviço, indica também que a dificuldade no acesso integral, neste caso, constitui-se pela falta de informação quanto ao teste de HIV. Possivelmente um posterior aprofundamento na questão abordada por esta variável poderia indicar, de maneira mais robusta, a capacidade do sistema português testar e tratar os imigrantes brasileiros para o HIV.

Quanto à **acessibilidade econômica** elencou-se as variáveis faltar à consulta de HIV devido aos custos do transporte; atraso no uso das medicações (HIV e outros) porque o entrevistado não podia pagar.

Para os que relataram terem vivenciado alguma restrição financeira, que tenha impactado faltar a consulta ou atrasar a utilização de medicações e indicaram não terem tido dificuldades no acesso pode-se supor que deixaram de considerar este(s) episódio(s) como algo que não impacta na integralidade do acesso ao serviço de saúde. Isso porque seria de se esperar que faltar às consultas representasse uma dificuldade na efetivação do acesso, já o atraso no uso de medicações significaria uma barreira no conceito de cuidado à saúde, que não foi tratado no referencial conceitual deste trabalho, mas engloba o sentido de acesso aos serviços de saúde. A ida às consultas (acompanhamento com infectologista e/ou médico de medicina geral e familiar) e uma boa adesão aos medicamentos antirretrovirais, bem como de outros medicamentos sugeridos para uma eventual necessidade de saúde é o esperado para uma mínima qualidade de vida de alguém que vive com HIV. No estudo aMASE desenvolvido na Espanha, 94% da amostra de imigrantes referiram terem tido atrasos

na compra de medicamentos devido ao custo e 46% informaram receber salário mensal abaixo ou não possuem um salário (NDUMBI, 2018).

As variáveis sobre sentir-se discriminado ou impedido de fazer algo devido à raça/etnia ou país de origem e ter sido vítima de discriminação por viver com HIV, desde o período que está em Portugal compõem a dimensão da **aceitabilidade**.

Tais casos de discriminação podem indicar que há, assim como em muitos outros países, uma dificuldade moral em aceitar o que é considerado discordante do padrão normativo de como a sociedade deve se conformar. Nesta análise não é possível afirmar que estes episódios de discriminação ocorreram em um serviço de saúde, visto que o questionário não abrange este nível de detalhamento. Porém, quando tais casos de discriminação ocorrem em um serviço de saúde gera-se uma barreira no acesso ao serviço, bem como a quebra da confiança que poderia ser construída com o serviço de saúde e os profissionais. Isso demonstra-se danoso para a qualidade de vida dos imigrantes, especialmente em um contexto de pessoas vivendo com HIV, onde a confidencialidade e a confiança são duas importantes qualidades.

Ainda sobre esta questão, no estudo de Dias *et al.* (2011) explora-se a percepção dos profissionais de saúde sobre aspectos que podem ocasionar barreiras no acesso para os imigrantes, onde um dos resultados pontuado foram as reduzidas competências sociais e culturais dos profissionais. Os estigmas e preconceitos dos profissionais de saúde em relação aos imigrantes têm sido reconhecido como fatores que podem ocasionar a insatisfação dos pacientes quanto aos serviços e consequentemente na sua não utilização (FUERTES; LASO, 2006).

A presença de estigmas quanto às figuras do imigrante e da pessoa vivendo com HIV, pode culminar em episódios de discriminação, o que as coloca em uma situação de vulnerabilidade, especialmente no que tange à permanência de lacunas na plena efetivação do direito humano à saúde. Segundo o *Stigma Index (Questionário sobre o Índice de Estigma das Pessoas que Vivem com HIV)*²⁵, no ano de 2013 cerca de 8% dos entrevistados relataram que tiveram cuidados de saúde negados devido ao seu estado sorológico relativo ao HIV (SER+; GNP+, 2014), o que

²⁵O Centro Anti Discriminação VIH/SIDA, iniciativa conjunta da SER+ e do GAT, financiada pelo Programa Nacional para o VIH/SIDA, abordou neste levantamento as vertentes do estigma e da discriminação relacionadas com o VIH e implementou em 2013 o Índice de Estigma das pessoas vivendo com HIV Portugal. Foram entrevistados 1060 pessoas (portugueses e imigrantes).

evidencia falhas na aceitabilidade por esta razão. Isso corrobora com o achado deste trabalho quanto a ocorrência de casos de discriminação por viver com HIV.

7.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como já referido o estudo aMASE tinha outros propósitos ora apresentados. A intenção deste trabalho foi utilizar-se dos achados deste importante estudo e, a partir da análise com base em variáveis previamente identificadas para a proposta deste TCC, buscando apontar aspectos do cumprimento do direito humano ao acesso à saúde em relação aos brasileiros imigrantes em Portugal com HIV/Aids. Uma dificuldade extra é o tamanho amostral pequeno ($n=67$) que costuma ter atrelado valores de p acima do limiar estatístico estabelecido e a falta de poder estatístico para encontrar diferenças estão principalmente relacionados com o pequeno tamanho amostral. Entende-se que este trabalho revela a existência de significados que vão além de números. Por exemplo, ser vítima de discriminação pode impactar negativamente o acesso aos serviços de saúde, o que não torna necessário o dado ser estatisticamente significativo para que seja atribuído relevância.

Quanto às questões relacionadas à representatividade da amostra não é possível realizar nenhum tipo de inferência já que possuem relação com a validade externa dos resultados encontrados. Não está disponível nos relatórios divulgados pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, entre os anos de 2013 e 2018, o quantitativo estimado e desagregado apenas dos brasileiros que podem estar vivendo com HIV em Portugal, o que não torna possível averiguar se a amostra é ou não representativa. Ressalta-se que a proposta do estudo aMASE foi contatar imigrantes vivendo com HIV em um dos nove países europeus integrantes do estudo, sem necessariamente ter que contactar os imigrantes de nacionalidades específicas de maneira que fossem representativas de cada grupo populacional.

O fato de o estudo ter sido implementado em hospitais e o consequente receio de imigrantes em situação irregular quanto ao veto no acesso aos serviços de saúde e/ou desconhecimento do trâmite burocrático para obter tal autorização e/ou o não informe de sua situação real para esta pesquisa pode ter dificultado a captação de imigrantes vivendo com HIV em situação ilegal. Poder-se-ia esperar que as pessoas em situação ilegal narrassem situações/ respondessem o questionário de maneira que revelassem maior vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde. Dessa

maneira, a realidade apresentada por este trabalho, se tivesse captado tal situação migratória, poderia ter sido composta por outros dados.

Outro aspecto relevante de ser abordado diz respeito a não ter identificado variáveis, dentre as selecionadas para realizar este trabalho, que pudessem integrar as dimensões da acessibilidade física e da qualidade. Esta ausência reduz as possibilidades de compreensão sobre como tem se dado o acesso aos serviços de saúde, na perspectiva dos direitos humanos.

O levantamento da literatura com o enfoque sobre imigrantes vivendo com HIV, em Portugal, e sobre o acesso deste grupo aos serviços de saúde demonstrou-se incipiente e com pouca diversidade de autores, nas bases de dados utilizadas. Com isso, a discussão também ficou limitada não possibilitando uma análise mais aprofundada e crítica dos dados deste trabalho.

A proposta de comparação com a literatura foi difícil especialmente, como apontado por Pereira (2013) no que tange às diferenças metodológicas empreendidas em cada um destes estudos, e as diferentes formas de apresentação dos resultados propostos nestes estudos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa do estudo *Advancing Migrant Access to Health Services in Europe* (aMASE) é relevante no sentido de fomentar a literatura sobre o tema e apontar para contextos nacionais favoráveis ou limitadores relativos ao direito de garantia do acesso aos serviços de saúde dos imigrantes vivendo com HIV.

O presente trabalho de conclusão de curso teve a finalidade de compreender como tem se dado o acesso aos serviços de saúde, na perspectiva dos direitos humanos, relatado por imigrantes brasileiros em Portugal, bem como se seria possível identificar barreiras nesse acesso, sob o prisma dos direitos humanos a partir de dados quantitativos.

Os achados do trabalho indicam que a maior parte do perfil socioeconômico e comportamental dos 67 brasileiros participantes do aMASE em Portugal são de homens (73,1%); orientação homossexual (53,7%); inexistência de casos e situação migratória irregular; trabalhadores em tempo integral ou parcial (70,1%); estado civil casado (53,8%); residentes na área metropolitana de Lisboa (85,1%); que sempre utilizaram preservativo desde que foram diagnosticados (62,1%); não fizeram uso de nenhuma droga durante os últimos 5 anos (65,7%). Os relatos de ter vivenciado pelo menos uma barreira no acesso aos serviços de saúde (44,8%) demonstraram-se relevantes.

A utilização das dimensões de acesso propostas pelo Comentário Geral nº 14/2000 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, indica um esforço de incrementar a análise do acesso aos serviços de saúde, na perspectiva dos direitos humanos. Dessa maneira pretendeu-se ampliar o escopo de análise das barreiras no acesso aos serviços de saúde, com o referencial teórico dos direitos humanos de maneira a relacionar o relato de ter vivenciado pelo menos uma dificuldade no acesso com as variáveis que puderam integrar tais dimensões.

O cumprimento efetivo destas dimensões beneficiaria os imigrantes a alcançarem o mais alto padrão de saúde possível. A partir da análise das dimensões, que tiveram variáveis para tal, depreende-se que as dimensões apresentam não são integralmente efetivadas. Isso porque, apesar do pequeno tamanho amostral, houve um significativo percentual dos imigrantes que relataram pelo menos uma das dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Atrelado a isso houve certas características e/ou tais pessoas vivenciaram negativamente uma determinada

situação relativa a tais dimensões, o que pode favorecer a ocorrência de tais dificuldades.

Considera-se interessante que futuros estudos com a inquietação semelhante à do aMASE sejam mais propostos e recebam fomento suficiente para tal, de maneira que focalizem tanto os brasileiros, que constituem uma relevante parcela dos imigrantes em Portugal, quanto outras nacionalidades. É relevante que estudos no campo da Saúde Coletiva busquem aproximações e ampliação de análise epidemiológica combinada com estudos qualitativos (entrevistas em profundidade e outras técnicas) de maneira a amplificar a compreensão das dimensões do acesso à saúde e contribuir para efetividade deste direito humano.

Nessa perspectiva, a complexidade e multidimensionalidade das temáticas do acesso aos serviços de saúde, da migração e viver com HIV demanda diálogos e análises por meio de e entre fronteiras disciplinares. A utilização do prisma dos direitos humanos nos estudos e análises dos dados pode contribuir a explorar, de forma crítica, elos inter e multidisciplinares na Saúde Coletiva tanto no nível local /regional quanto na esfera global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ligia Moreira; CALDAS, Jose Peixoto. Migration and maternal health: experiences of Brazilian women in Portugal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 4, p. 309-316, 2013.

ALVAREZ-DEL ARCO, Debora *et al.* High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. **Aids**, v. 31, n. 14, p. 1979-1988, 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AYRES, Jose Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. ACNUR explica significado de status de refugiado e migrante[S. l.: s. n.], [2015]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acnur-explica-significado-de-status-de-refugiado-e-migrante/>. Acesso em: 13 maio 2018.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. [S. l.: s. n.], [2018]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/apartidas/>. Acesso em: 13 maio 2018.

ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES. **O que são as taxas moderadoras e que serviços tenho que pagar?** [S. l.: s. n.], [S.D.]. Disponível em: <https://www.acm.gov.pt/pt/-/o-que-sao-as-taxas-moderadoras-e-que-servicos-tenho-que-pagar->. Acesso em: 08 out. 2018.

BÄCKSTRÖM, Bárbara; CARVALHO, Amélia. Imigração e saúde: o gabinete de saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. **Revista Migrações**, v. 4, p. 161-189, 2009.

BELLENZANI, Renata. Saúde, vulnerabilidade e direitos humanos: interlocuções conceituais possíveis e desafios práticos. **Anais do Sciencult**, v. 2, n. 1, 2011.

COMMUNITY RESEARCH AND DEVELOPMENT INFORMATION SERVICE. **European Network of HIV/AIDS Cohort Studies to Coordinate at European and International Level Clinical Research on HIV/AIDS**. London: CORDIS, [2016?]. Disponível em: https://cordis.europa.eu/project/rcn/97700_en.html. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Certificado de Direito à Assistência Médica – CDAM. **Portal MS**, 03 ago. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-viajante/cdam>. Acesso em: 18 out. 2018.

DANIEL, Herbert; PARKER Richard. **AIDS, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. [S. l.: s. n.], 1948.
Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php.
Acesso em: 30 nov. 2018.

DIAS, Sónia *et al.* Risco de infecção por VIH/SIDA: utilização-acesso aos serviços. **Acta Médica Portuguesa**, v. 17, p. 211-218, 2004.

DIAS, Sónia; GONÇALVES, Aldina. Migração e saúde. **Revista Migrações**, n. 1, p. 15-26, set. 2007. (Número Temático Imigração e Saúde).

DIAS, Sónia F.; SEVERO, Milton; BARROS, Henrique. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 207, 2008.

DINIZ, António *et al.* **Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números**: 2013: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

DINIZ, António *et al.* **Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números**: 2014: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-infecao-vih-sida-e-tuberculose-em-numeros-2014.aspx>. Acesso em: 08 set. 2017.

DINIZ, António *et al.* **Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números**: 2015: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015.

ALDIR, Isabel *et al.* **Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números**: 2017: Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.

ALDIR, Isabel *et al.* Infecção VIH e SIDA I Desafios e Estratégias 2018. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/07/RelatorioVIH_SIDA2018.pdf. Acesso em: 08 set. 2017.

DINIZ, António *et al.* **Rede Nacional Hospitalar de Referenciação para a Infecção por VIH (RNHR VIH)**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: www.dgs.pt. Acesso em: 14 nov. 2018.

EGREJA, Catarina; PEIXOTO, João. Imigração, flexibilidade e precariedade laboral: o caso dos imigrantes brasileiros em Portugal. **Revista Migrações**, Lisboa, n. 11, p. 21-56, set. 2013.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. World Health Organization. Regional Office for Europe. **HIV/AIDS surveillance in Europe 2017: 2016 data**. Stockholm: ECDC, 2017. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355570/20171127-Annual_HIV_Report.pdf. Acesso em: 22 maio 2018.

EUROCOORD. **EuroCoord workpackages (WP)**. [S. l.: s. n.], [2017?]. Disponível em: <http://www.eurocoord.net/workpackages>. Acesso em: 23 ago. 2018.

ESTRELA, Paulo. A saúde dos imigrantes em Portugal. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 25, n. 1, p. 45-55, 2009.

FAKOYA, Ibidun *et al.* Advancing migrant access to health services in Europe (AMASE): protocol for a cross-sectional study. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 2, 2016.

FAKOYA, Ibidun *et al.* HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, p. e25123, 2018.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

FONSECA, Maria Lucinda; SILVA, Sandra. Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça. **Observatório da Imigração**, ACIDI, IP, 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014.

FUERTE, Carmen; LASO, Martín. El inmigrante en la consulta de atención primaria. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 29 supl.1, p. 9-25, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 3.

GONÇALVES, Aldina *et al.* Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 55-64, 2003.

GRUSKIN, Sofia; MILLS, Edward J.; TARANTOLA, Daniel. History, principles, and practice of health and human rights. **The Lancet**, v. 370, n. 9585, p. 449-455, 2007.

GRUSKIN, Sofia; TARANTOLA, Daniel. HIV/AIDS and human rights revisited. **Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review**, v. 6, n. 1-2, p. 24-29, 2001.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JACKSON, A. John. **Migration**. London: Longman, 1986.

- MAFFACCIOLLI, Rosana; OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C.; BRAND, Évelin Maria. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 286-299, 2017.
- MALHEIROS, J. M. (org.). **Imigração brasileira em Portugal**. Lisboa: ACIME, 2007.
- MALTEZ, F. *et al.* **Rede de referência hospitalar: infecciologia**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/RRH-Infeciologia-Para-CP-1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- MEIRELES, Paula Cristina Coelho Ribeiro de. **The Lisbon cohort of men who have sex with men: study protocol and HIV incidence**, 2015. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/78453>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- MOULIN, Carolina. Eppur si muove: mobilidade humana, cidadania e globalização. **Contexto Internacional**, v. 33, n. 1, p. 9-17, jun. 2011
- NDUMBI, Patricia *et al.* Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. **The European Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, p. 451-457, 2018.
- NOLASCO, Carlos. Migrações internacionais: conceitos, tipologia e teorias. In: **Oficina do CES**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2016. p. 1-29.
- OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento**. Revista CEJ, v. 14, n. 48, p. 92-100, 2010.
- OLIVEIRA, Catarina Reis org. **Imigração em números: estatísticas de bolso**. Lisboa: [s. n.], 2015.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)**, 11 August 2000, E/C.12/2000/4. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Acesso em: 04 jul. 2018.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **New York declaration for refugees and migrants**. UN Doc. A/71/L, v. 1, p. 13, 2016. Disponível em http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1&referer=/english/&Lang=E. Acesso em: 10 abr. 2018.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. [S. l.: s. n.], [S.D]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em 18 maio 2018.
- PAIVA, Vera. **Prevenção PositHIVa: a abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade**. Prevenção Positiva: estado da arte. Rio de Janeiro: ABIA, p. 33-49, 2009.
- PAGANO, M; GAUVREAU, K . **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.

PARKER, Richard. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 164-169, 2012.

PEREIRA, Mauricio Gomes. A seção de discussão de um artigo científico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 537-538, 2013.

PEIXOTO, João. **As migrações dos quadros altamente qualificados em Portugal. Fluxos migratórios inter-regionais e internacionais e mobilidade intra-organizacional**. 1998. 2 v. Tese (Doutorado em Sociologia Económica e das Organizações) - Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 1998. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/11189>. Acesso em: 29 abr. 2018.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

PORTUGAL. Decreto do Presidente da República Portuguesa nº 67/94 de 27 de Agosto – **Acordo sobre segurança social ou seguridade social entre a República Portuguesa e o Brasil**, atualizado pela Resolução da Assembleia da República nº6/2009 de 26 de Fevereiro. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Resolucao_6_2009_acordo.pdf. Acesso em: 8 ago. 2018.

PORTUGAL. Entidade Reguladora da Saúde. **Taxas moderadoras do SNS**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/142>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PORTUGAL. Entidade Reguladora da Saúde. **Recomendações do Conselho de Administração Entidade Reguladora da Saúde**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1474/Recomenda__o_ERS_imigrante_s__com_anexos_.pdf Acesso em: 09 jul. 2018.

PORTUGAL. **Lei nº 23, de 04 de Julho de 2007**. Aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=920&tabela=leis. Acesso em: 11 jul. 2018.

PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. **Relatório de imigração, fronteiras e asilo**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. **Relatório de imigração, fronteiras e asilo**. [S. l.: s. n.], 2016. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2016.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. **Informação para obtenção de cuidados de saúde em Portugal por cidadãos estrangeiros**. [S. l.]: SNS, c2018. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=1180&language=en-US>. Acesso em: 8 out. 2018.

RAMOS, Natália. Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. **RECIIS**, p. 1-19, 2012. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/receis/article/viewFile/742/1385>. Acesso em: 01 maio 2018.

ROCHA, Cristianne Maria Famer *et al.* Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia**, v. 8, n. 15, p. 190-200, dez. 2012.

SCHEPPERS, Emmanuel *et al.* Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. **Family Practice**, v. 23, n. 3, p. 325-348, 2006.

SER+ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A PREVENÇÃO E DESAFIO À SIDA. Para as pessoas que vivem com o VIH: Onde posso tratar-me? É caro o tratamento? **SER+**, c2018. Disponível em: <http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=ondePossoTratar-me&idCatM=paraPessoasVivemComVIH&idContent=350C5EC4-CB99-43A2-A128-555554D0E5D1>. Acesso em: 18 out. 2018.

SER+; GNP+. **Avaliação do Índice de Estigma das PVV em Portugal**. Lisboa: SER+, 2014.

SIMÕES, Daniel *et al.* **A rede de rastreio comunitária: resultados**. [S. l.]: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, 2016.

TENDLER, Silvio. Globalização Milton Santos: o mundo global visto do lado de cá. 2007. Vídeo (90 min.). Publicado pelo canal crabastos. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-UUB5DW_mnM&t=4099s. Acesso em: 15 jun. 2018.

TOPA, Joana; NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 328-341, 2013.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

UNAIDS. **The gap report**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

UNAIDS. **(não) Bem-vindo**. [S. l.]: UNAIDS, 2015. Disponível em: https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2015/08/2015_08_26_nao_Bemvindo_FINAL.pdf. Acesso em: 26 set. 2018.

UNITED KINGDOM GOVERNMENT. **Countries in the EU and EEA**. [S. l.: s. n.], [2017?]. Disponível em: <https://www.gov.uk/eu-eea>. Acesso em: 27 ago. 2018.

UNIÃO EUROPÉIA. **Espaço Schengen**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/borders-and-visas/schengen_en. Acesso em: 08 ago. 2018.

UNIÃO EUROPEIA. **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**. [S. l.: s. n.], 2000. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex>

12016P/TXT. Acesso em: 05 jul. 2018.

UNIÃO EUROPEIA. **As prioridades da Comissão Europeia**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/index_pt . Acesso em: 04 set. 2018.

VENTURA, Miriam. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00054118, mar. 2018.

VENTURA, Miriam. Direitos humanos e AIDS: o contexto brasileiro. In: PARKER, Richard *et al.* (org.). **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1999. cap. 6.

VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014.

VIACAVA, Francisco *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 921-934, 2012.

ANEXO

ANEXO A - APROVAÇÃO ÉTICA PARA ESTUDO ADVANCING MIGRANT ACCESS TO HEALTH SERVICES IN EUROPE (AMASE) EM CADA PAÍS

Table 1

Ethical approval for the advancing Migrant Access to health Services in Europe (aMASE) study in each country.

Country	Committee	Number
Belgium (Antwerp)	Institute of Tropical Medicine, Institutional Review Board	911/13
Belgium (Brussels)	Comité local d'éthique hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre	B076201215754
Belgium (Gent)	Universitair Ziekenhuis Gent, Commissie voor Medische Ethiek	B076201215754
Belgium (Liège)	Comité local d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège	B707201318791
Germany (Bonn)	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Medizinische Fakultät Ethik-Kommission	008/14
Greece	National and Kapodistrian University of Athens Institutional Review Board	6/3/2013 ^a (# 6313)
Italy	Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"	22/02/2013 ^a
The Netherlands	Universiteit van Amsterdam	2013_137#C20131038
Portugal	Centro Hospitalar de São João, EPE	28/8/2013 ^a
Portugal	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE	31/8/2013 ^a
Portugal	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	9/10/2013 ^a
Portugal	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	11/7/2013 ^a
Portugal	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	21/1/2015 ^a
Portugal	Comissão Nacional de Proteção de Dados (Portuguese Data Protection Authority), EPE	14/10/2014 ^a
Spain	Comité de Ética de la Investigación y del bienestar animal, Instituto de Salud Carlos III	CEI PI 01_2012-v2
Switzerland	Kantonale Ethikkommission Bern	024/13
United Kingdom	London-Bentham Research Ethics Committee	11/LO/1600

^aDate of approval letter.